

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Octobre 1900, à 1 heure

PAR

A. LESIMPLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS TUBERCULEUX DU FOIE

Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
MARFAN, Professeur.
ALBARRAN, Professeur.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1900

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Octobre 1900, à 1 heure

PAR

A. LESIMPLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS TUBERCULEUX DU FOIE

Président : M. BERGER, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
MARFAN, Professeur.
ALBARRAN, Professeur.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

—
1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
Clinique ophtalmologique.....	{ GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	{ BUDIN.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WEISS.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR U. MONNIER

Professeur suppléant
à l'École de Médecine de Nantes,
Médecin suppléant des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous aimons à rendre aux Maîtres, dont nous avons reçu les leçons, un juste hommage de respectueuse reconnaissance.

Nous devons l'idée de cette thèse inaugurale à M. le professeur Urbain Monnier, et il a été notre guide dans l'étude que nous en avons faite. Auprès de lui, d'ailleurs, nous avons trouvé depuis longtemps, avec la science la plus méthodique et la mieux informée, un très bienveillant accueil ; c'est donc à lui tout d'abord que nous voulons adresser nos sentiments de la plus vive gratitude. — Pendant deux années, nous avons rempli les fonctions d'aide d'anatomie auprès de M. le professeur E. Bureau et de M. Amédée Monnier, chef des travaux anatomiques. D'avoir travaillé tout ce temps sous leur direction, d'avoir suivi de plus près leur enseignement aimable, et tout à la fois profitable, nous sera un précieux et durable souvenir.

A ceux de nos autres maîtres de Nantes dont nous avons été plus spécialement l'élève, à MM. Ollive,

Attimont, Heurtaux, Poisson, Dianoux, Guillemet, Hervouët, nous offrons aussi le légitime tribut de nos remerciements.

A Paris, où nous avons passé une bonne partie de la présente année, il nous a été donné de suivre longtemps le service de M. le professeur Potain. Nous ne pourrions point oublier ce temps.

Enfin un stage d'accouchement a été accompli par nous à l'Hôpital Lariboisière, sous la direction de M. le professeur agrégé Bonnaire, et nous avons conscience d'en avoir retiré un notable profit.

M. le Professeur Berger nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer nos sentiments de très respectueuse gratitude.

OBJET ET PLAN

Nous devons à Lannelongue la connaissance clinique des abcès tuberculeux du foie; et c'est lui qui sur ce sujet a apporté à la science le plus gros contingent d'observations scientifiques. Mais il n'entendait y voir qu'une maladie spéciale à l'*enfance* et Canriot, son élève, répétait qu'il n'avait connaissance d'aucune observation d'abcès tuberculeux du foie chez l'*adulte*.

Or M. le docteur Reverseau publiait, il y a quelques années, une observation absolument concluante démontrant l'existence de cet abcès chez l'adulte.

A la suite, nous voulons, d'une part, confirmer, par une nouvelle et curieuse observation, les conclusions déjà émises sur la possibilité de cette affection, chez l'adulte ; d'autre part, et surtout, étendre ces conclusions, et démontrer l'existence d'abcès de ce genre chez le *vieillard* ; en un mot prouver que l'abcès tuberculeux du foie se rencontre à tout âge.

Tel est l'objet de notre thèse.

Voici le plan que nous suivrons :

- I. Historique.
- II. Etiologie.
- III. Symptomatologie — Formes cliniques —
Pronostic.
- IV. Diagnostic.
- V. Anatomie pathologique — Pathogénie.
- VI. Traitement.
- Conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les anciens anatomo-pathologistes avaient vu certainement les gros tubercules du foie, qu'ils n'avaient pas su d'ailleurs toujours distinguer d'autres productions pathologiques ; mais leurs écrits ne mentionnent ni les cavernes tuberculeuses, ni les abcès tuberculeux.

Louis est probablement le premier qui ait constaté les kystes tuberculeux du foie, ou du moins qui en ait fait mention (1).

« Chez deux jeunes filles de 18 à 19 ans, mortes de phtisie, le foie un peu augmenté de volume offrait une douzaine de petits kystes de deux à trois lignes de diamètre, remplis d'une matière verdâtre et pulpeuse. Ils avaient moins d'un millimètre d'épaisseur, étaient grisâtres et peu consistants, de manière à ne pouvoir être séparés des parties environnantes, avec lesquelles ils adhéraient peu cependant, qu'avec beaucoup de précautions. »

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, p. 118 et 170.

« Chez un autre sujet, une femme de 29 ans, le moyen lobe était détruit, et remplacé par un kyste fibreux, irrégulièrement arrondi, d'un volume à peu près double de celui du lobe auquel il correspondait, d'un millimètre et souvent bien moins d'épaisseur. Ce kyste d'un blanc jaunâtre, contenait un fluide incolore, un peu louche, d'une médiocre densité, au milieu duquel on voyait une centaine de petits corps libres et flottants, arrondis, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une petite cerise. Ces petits corps étaient formés par une membrane mince contenant un fluide clair. Le kyste lui-même était tapissé dans toute son étendue par une membrane blanche, opaque, de la consistance du blanc d'œuf cuit, d'une demi-ligne à trois quarts de ligne d'épaisseur, très peu adhérente, juxtaposée pour ainsi dire, lisse et polie comme une membrane séreuse par son côté adhérent, d'un aspect mat à sa face interne. Celle-ci présentait cinq renflements allongés, d'un pouce à un pouce et demi de surface, d'une à deux lignes d'épaisseur, inégaux, bosselés, ayant l'aspect de l'albumine concrétée à la surface d'un œuf ébréché. Le parenchyme sur lequel le type était appliqué n'offrait aucune espèce d'altération.

Cette observation ne ressemble certes pas aux faits d'abcès tuberculeux que nous décrivons ; on croirait voir là plutôt la description d'un kyste hydatique ; mais comme Louis la cite au chapitre des altérations du foie chez les phthisiques, nous avons cru devoir la rapporter.

Barrier, dans son traité des maladies des enfants, nous parle des cavernes biliaires et nous en donne la description. « Par une dissection attentive, dit-il, on découvre une communication avec un conduit hépatique, par lequel la cavité se vide des liquides qu'elle renferme, pour se remplir plus tard d'une certaine quantité de bile qui reflue. »

Puis Rilliet et Barthéz dans leur traité des maladies des enfants font mention des kystes biliaires : un tubercule s'est déposé autour d'un canalicule biliaire, l'a envahi et perforé, le kyste se trouve constitué ; c'est une petite tumeur de cinq millimètres à un centimètre renfermant un liquide bourbeux, bilieux de nature tuberculeuse, il est en communication avec le canalicule biliaire, avec lequel, il se prolonge des deux côtés dans le sens transversal.

Rilliet et Barthéz ont établi la statistique suivante : sur 312 enfants tuberculeux, 71 ont présenté de la tuberculose hépatique ; les lésions tuberculeuses se décomposent ainsi :

Granulations grises	42
Tubercules milliaires.	37
Granulations jaunes	4
Kystes biliaires	14

Ils remarquent que les plus jeunes enfants surtout sont atteints de tuberculose hépatique, et les petits garçons, plus que les petites filles.

Boulland (*Thèse de Paris, 1885*), Jaccoud (*Cliniques de la Pitié, 1883-84*), Deschamps (*Thèse de Paris, 1886*), publient un certain nombre d'observations d'abcès

du foie, dont l'évolution, et surtout l'examen cadavérique, donnent à penser qu'il s'agissait là de lésions tuberculeuses ; mais, comme l'attention n'était pas éveillée sur cette variété, on n'a pas fait d'examen histologique, ni bactériologique, et on n'a pas cherché à établir les signes qui leur appartenaient en propre.

Enfin, le 31 mai 1887, M. Lannelongue lit à l'Académie des Sciences une communication sur les abcès tuberculeux périhépatiques et sur le traitement qui leur convient ; résection de la paroi abdominale du thorax. Il décrit leur physionomie propre, leur modalité clinique et anatomique, et indique un traitement chirurgical spécial. Il étaye son rapport de quatre faits d'abcès tuberculeux périhépatiques, concernant tous les quatre des enfants.

L'année suivante, en 1888, au Congrès de la Tuberculose et au Congrès Français de Chirurgie, il apporte trois nouvelles observations, et décrit longuement le traitement opératoire. L'examen histologique et bactériologique des lésions fut omis.

En 1891, M. le docteur Canniot, élève de Lannelongue, présente une thèse sur *La Résection du Thorax pour aborder la face convexe du foie* ; il a principalement en vue dans ce travail le manuel opératoire du traitement des abcès tuberculeux du foie.

En 1895, M. le docteur Reverseau publie, sous l'inspiration de M. le professeur U. Monnier de Nantes, sa thèse, *Contribution à l'Etude des Pyopérihépatites tuberculeuses*, où il ajoute aux observations de Lan-

nelongue concernant les enfants une observation très complète cliniquement, et très documentée au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique, sur un cas d'abcès tuberculeux intra et périhépatique chez *un adulte*, c'était le premier cas publié.

M. Gilbert, dans un article intitulé *Tubercule hépatique* et paru dans la *Presse* (6 avril 1898), retrace l'anatomie pathologique et la bactériologie des abcès tuberculeux du foie. Déjà en 1893, au Congrès de la Tuberculose, M. Gilbert avait lu un rapport sur *les Abcès expérimentaux du Foie*, et il déclarait avoir obtenu trois fois des abcès hépatiques à la suite d'inoculation au cobaye de produits tuberculeux aviaires.

A l'étranger, nous lisons dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (23 mai 1892, p. 521) la mention d'un abcès hypophrénique, découvert à l'autopsie et présentant à peu près les caractères anatomo-pathologiques des abcès tuberculeux.

Dans le *Tr. path. soc. Lond.*, 1889-90, p. 156, Mackenzie rapporte un cas de maladie tuberculeuse du foie avec formation d'abcès multiples.

Nous donnons d'ailleurs, au chapitre des Observations, la relation de ces deux faits.

Au total, les sept cas de Lannelongue, le cas de Reverseau, les deux nouveaux que nous apportons élèvent à dix le nombre des faits d'abcès tuberculeux du foie connus dans la littérature médicale.

OBSERVATION I

UN CAS D'ABCÈS TUBERCULEUX INTRA ET PÉRIHEPATIQUE

(*U. Monnier in Th. de Reverseau*).

Appelé à suppléer dans le service de la clinique médicale, notre vénéré maître, M. le professeur Trastour, nous trouvâmes, couché au n° 25 de la salle 8 de l'Hôtel-Dieu, le nommé Planchet Auguste, âgé de 41 ans, marié, et exerçant la profession de roulier. Ce malade était dans le service depuis le 3 mars 1893.

Voici ce que nous avons relevé dans son histoire :

Antécédents héréditaires excellents. Une de ses sœurs est atteinte de tuberculose pulmonaire.

C'est un alcoolique de longue date ; il avoue lui-même avoir fait de grands excès d'alcool, et on retrouve chez lui certains stigmates d'alcoolisme, tels que Lancereaux les a établis, notamment une hyperesthésie cutanée énorme des membres inférieurs.

En 1888, il avait eu l'influenza. Depuis le mois de novembre 1892, il est atteint d'une diarrhée tenace, entrecoupée, à de rares intervalles, de constipation.

Au moment de son entrée à l'hôpital, en mars 1893, il présente surtout des troubles gastriques. Ce sont ces troubles qui consistent en nausées, parfois même en vomissements qui, comme nous l'avons dit, l'ont décidé à venir à l'Hôtel-Dieu.

Il nous fut donné, à cette époque, de le voir à plusieurs reprises, et M. le professeur Trastour nous fit constater une dilatation gastrique énorme. Des lavages de l'estomac furent alors prescrits, qui soulagèrent le malade.

Les autres appareils semblaient fonctionner normalement ; le cœur et le poumon, en particulier, parurent indemnes.

Au commencement de mai, un amaigrissement notable se manifesta et le teint devint pâle ; l'appétit était nul. On ajouta aux lavages de l'estomac, des doses de bicarbonate de soude après les repas. Cette émaciation, ainsi que l'état général qui déclinait, faisait penser à une tuberculisation possible. Jamais cependant, malgré la recherche quotidienne de signes stéthoscopiques habituels, il ne fut possible de déceler le moindre signe de tuberculose pulmonaire.

L'examen des crachats, d'ailleurs peu abondants, demeura également négatif.

La diarrhée était continuelle ; on ne vit jamais dans les matières aucune trace de sang ni de pus.

Vers le commencement de juin, le ventre, l'hypochondre droit surtout, était douloureux à la pression. D'ailleurs la percussion ne donnait lieu à aucun indice de matité.

Au moment où nous fûmes appelé à prendre le service, l'état du malade était le suivant :

Les traits étaient profondément émaciés, le visage pâle, l'amaigrissement était général.

Le malade accuse à notre première visite une douleur très vive, qu'il avait ressentie la veille, sous forme de point de côté. Le siège de cette douleur était la région pulmonaire inférieure droite, en avant, au niveau de la région hépatique.

De temps à autre une toux sèche quinteuse, se produisait sans expectoration. Un certain degré d'oppression existait aussi.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des sommets pulmonaires. Il existe, en revanche, au niveau du point de côté accusé par le malade, des frottements manifestes.

La percussion à ce niveau ne dénote aucune matité appréciable, mais elle est douloureuse. Le bouton diaphragmatique est net. La pression du phrénique, au niveau des scalènes, provoque une douleur d'aileurs peu violente. Nous croyons légitime de conclure, d'après cela, à l'existence d'une pleurésie diaphragmatique.

Mais cette pleurésie diaphragmatique, quelle en était l'origine ?

La région hépatique, avons-nous dit, était douloureuse. Le foie ne débordait pas les fausses côtes.

La percussion de l'abdomen nous permit de déceler une légère submatité, séparée de la matité hépatique par trois ou quatre travers de doigt. Celui-ci, en déprimant à petits coups les parois de l'abdomen, arrivait à circonscrire une petite tumeur, assez dure et mobile, comme s'il s'agissait d'un gâteau épiploïque ou d'une masse ganglionnaire tuberculeuse. L'aspect ballonné du ventre ; la douleur qu'il présentait, tous ces signes, joints aux précédents, nous portaient à songer à une tuberculose possible du péritoine et de la plèvre diaphragmatique, malgré l'absence de signes pulmonaires.

Les autres appareils ne nous révèlent aucun signe anormal ; la rate n'était pas hypertrophiée, le cœur avait des battements réguliers et normaux.

Le toucher rectal fut négatif au point de vue de la carcinose.

Les urines n'étaient pas albumineuses, le poulx était petit et fréquent, les sueurs abondantes.

Prescriptions : Toniques ; teinture d'iode sur le côté malade.

16 août. — Mêmes signes que la veille.

T. m. 38°.

T. s. 38°, 4.

20 août. — Submatite de la fosse sus-épineuse droite, respiration rude.

T. m. 37°, 9.

T. s. 38°, 1.

24 août. — Douleurs abdominales plus accusées. Sonorité normale de l'abdomen, excepté au niveau de l'hypochondre droit, comme cela a été dit.

Quelques bruits fins, des craquements secs, cro-yons-nous, s'entendent au sommet droit.

Epididyme droit induré.

30 août. — La douleur au niveau de la plèvre diaphragmatique est moins accusée. Les signes pulmonaires s'accroissent. L'état général devient de plus en plus mauvais, le malade ne peut plus quitter le lit.

4 septembre. — L'état général n'a pas changé. La douleur de la région hépatique reparait plus violente. diarrhée toujours persistante.

15 septembre. — Un abcès se déclare au niveau de la marge de l'anus, abcès tuberculeux sans doute. Le toucher rectal ne permet de déceler aucune lésion apparente, ni de la prostate, ni des vésicules séminales.

20 septembre. — L'oppression est énorme, la voix presque éteinte. Les signes de tuberculisation se prononcent de plus en plus.

Aucun nouveau symptôme ne se manifeste jusqu'à la mort du malade, qui a lieu le 26 septembre.

AUTOPSIE

Cavité thoracique : Poumons. — Aspect macroscopique normal. Leur ablation est pénible en raison des adhérences qui unissent dans presque toute son étendue la plèvre pulmonaire à la plèvre pariétale. C'est au niveau du sommet, et surtout à la base du poumon droit que les adhérences sont le plus accusées.

Les deux bases présentent un aspect congestionné.

On sent à la main quelques noyaux durs au niveau du sommet du poumon droit.

A la coupe quelques rares granulations sont décelées surtout vers les sommets.

Cœur. — L'incision du péricarde, d'ailleurs normal, permet d'arriver sur le cœur lequel est surchargé de graisse. Les cavités ne contiennent pas de caillot; les orifices auriculo-ventriculaires sont normaux. Le cœur, dans son ensemble, est plutôt petit, comme chez certain tuberculeux, ainsi que l'a signalé le professeur Potain.

Cavité abdominale. — A l'ouverture de la cavité abdominale s'écoulent environ 300 grammes d'un liquide ascitique.

Le péritoine pariétal, celui surtout de l'hypochondre droit, est parsemé de granulations tuberculeuses.

L'épiploon, réduit d'épaisseur, est rouge et est envahi également par la tuberculose.

Les anses intestinales sont vascularisées, et présentent par place quelques granulations. Libres dans presque toute leur étendue, elles sont accolées étroitement au niveau de la partie supérieure de l'intestin grêle. Tout le duodenum et la portion supérieure du jéjunum ne forment qu'une masse agglutinée. Entre cette masse intestinale et le bord inférieur droit du foie, existe une poche remplie d'une petite quantité de pus. Cette poche représente en petit celle que nous allons décrire maintenant.

Il existe en effet, et c'est là un des côtés les plus intéressants de cette autopsie, un abcès situé immédiatement entre la partie supérieure du foie et le diaphragme. Celui-ci est refoulé dans la cavité thoracique.

Les limites de cet abcès sous-phrénique sont les suivantes :

En haut le diaphragme, en bas le parenchyme hépatique, à droite et à gauche, en avant et en arrière, des adhérences entre les insertions musculaires du diaphragme, et l'extrémité supérieure droite du foie. Il y a là un véritable enkystement.

L'aspect du pus est verdâtre, et celui-ci ne contient aucune granulation, il est sans odeur.

La quantité est évaluée de 250 à 300 grammes environ.

Les deux abcès ne communiquaient pas entre eux, ni avec la grande cavité péritonéale.

Il est à noter ici que, à ce niveau, les granulations tuberculeuses étaient nombreuses, et la plupart en voie de caséification.

Nous aurons à donner tout à l'heure le résultat bactériologique de ce pus.

Le foie est extrait non sans difficulté à cause des adhérences.

Il présente au milieu de son bord supérieur, sur une étendue de 10 à 15 centimètres, une dépression qui marque d'ailleurs la limite inférieure de l'abcès. Le foie est creusé pour ainsi dire. Le tissu morbide est séparé du tissu en apparence sain par une membrane pyogénique, comme on disait jadis, formée de membranes blanchâtres faciles à dissocier.

Sa couleur rappelle celle du foie muscade, son poids est de 1496 grammes.

A la coupe, le tissu crie quelque peu sous le scalpel. Trois abcès intra-hépatiques sont mis à découvert : l'un, vers le milieu du lobe droit, l'autre à la partie inférieure du même lobe, le troisième dans le lobe gauche.

Des fragments furent mis de côté de façon à les étudier histologiquement et bactériologiquement. Nous en donnerons les résultats à l'instant.

Pancréas. — Cet organe nous a paru normal.

Rate. — Grosse. Son poids était de 230 grammes. Le péritoine périsplénique était épaissi. La coupe n'a rien révélé d'anormal. Il existait une rate surnuméraire, du volume d'une noix, appendue à l'extrémité inférieure de l'organe.

Reins. — D'aspect et de volume normaux, capsule nonadhérente. A la coupe ils paraissent congestionnés.

Intestins. — Coupés longitudinalement, ils ne permettent de voir aucune granulation tuberculeuse.

Certaines plaques de Peyer sont néanmoins congestionnées.

Vers la fin du gros intestin existe une ulcération de un quart à un demi-centimètre environ, ulcération siégeant au niveau d'une plaque de Peyer et n'ayant nullement l'aspect des ulcérations tuberculeuses.

Examen bactériologique du pus.— Des lamelles, colorées au violet de gentiane, permettent de voir quelques rares cocci et des formes bacillaires. Le procédé de Ziehl est négatif au point de vue du bacille de Koch.

Deux tubes d'agarensemencés avec le pus donnent des colonies ressemblant à celles du coli.

L'inoculation à un cobaye de un centimètre cube et demi de pus, et à une souris blanche de 1/2 centimètre cube du même pus, a donné lieu à une infection locale (abcès), chez le cobaye, et à une septicémie coli-bacillaire mortelle chez la souris.

Examen histologique. — Les coupes ont été prises dans cette partie du foie qui, d'après ce qui a été dit plus haut, formait la paroi inférieure du gros abcès périhépatique ou sous-phrénique.

Il en a été monté un certain nombre dans le collodion. Voici ce qu'elles ont permis de voir.

A un faible grossissement (LEITZ. *obj.* 3, *ocul.* 2) sur des coupes colorées au carmin et à l'hématoxyline, on ne reconnaît plus que dans quelques rares points la disposition normale des trabécules hépatiques. La topographie du foie est changée.

Ici des tractus conjonctifs épais, sans processus systématique, sont reconnaissables à leur forte colo-

ration par le picro-carmin. Là des amas de petites cellules embryonnaires, plus loin des espaces vides. On reconnaît partout nettement la veine sus-hépatique comme aussi l'espace porte. Mais dans certains points, le canalicule biliaire et l'artère hépatique sont méconnaissables. C'est là que le processus pathologique semble s'être surtout localisé et a commencé à porter son action.

A un plus fort grossissement, (LEITZ. *obj.* 7, *ocul.* 4) les détails de structure histologique permettent de se rendre compte de toutes les nuances.

Les cellules qui avoisinent le centre du lobule hépatique autour de la veine sus-hépatique ont conservé leur noyau. Elles sont, par places, légèrement tassées.

En revanche, la plupart de celles qui touchent les espaces portes sont atteintes, les unes ne sont plus colorables, les autres envahies par la dégénérescence graisseuse.

Partant de l'espace porte se dessinent des tractus conjonctifs épais, pénétrant, d'ailleurs, sans systématisation, le lobule. C'est l'ébauche d'une cirrhose portale. Le processus cirrhotique n'est pas d'ailleurs proéminent. Ce sont les lésions qui suivent et qui dominent, lésions tuberculeuses à tous les stades. D'abord : 1° des amas de cellules embryonnaires sans vaisseaux, bien colorées par l'hématoxyline ; 2° des nodules ressemblant aux follicules tuberculeux, et composés comme ceux-ci d'une cellule géante, de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires ; 3° des amas de substance amorphe, vitreuse, entourés de cellules embryonnaires.

Voyons de plus près l'espace porte, car c'est là que les lésions sont, pour ainsi dire, concentrées.

La plupart des cellules sont envahies ; pas une, pour ainsi dire, n'a été respectée. Mais, si tous les éléments de cet organe sont atteints, c'est surtout le canalicule biliaire qui l'est le plus et cela à plusieurs degrés.

Partout il est enserré de cellules embryonnaires et sa lumière envahie. Ailleurs il est méconnaissable, et on n'y distingue plus que des cellules de prolifération. Enfin en d'autres points il a disparu, et, à cet endroit, le parenchyme hépatique n'existe plus.

A sa place, un espace vide, assez large, où aucun des éléments portes ne subsiste. C'est une véritable caverne, image fidèle de la description et des planches publiées jadis par Sabourin.

Ces lésions ne laissent aucun doute sur leur nature tuberculeuse. Pour en être plus sûr, nous avons monté un certain nombre de coupes dans la paraffiné, et les avons traitées par la méthode de Ziehl. Une seule fois nous avons pu nettement distinguer le bacille de Koch au niveau de cellules embryonnaires avoisinant un espace porte. Il s'agissait donc là d'un processus tuberculeux se manifestant sous tous ses aspects, depuis la cellule embryonnaire, jusqu'à la formation fibreuse.

L'intensité des lésions au niveau de l'espace porte, au niveau surtout des canalicules biliaires, dont pas un n'était normal, nous fait penser qu'il s'agit d'une angiocholite tuberculeuse, comme le fait a été signalé par Sabourin.

Essayons de revenir sur l'histoire clinique et anatomopathologique de ce cas.

HISTOIRE CLINIQUE. — Il y a eu deux phases bien distinctes : l'une, dans laquelle les phénomènes ont été latents, c'est la phase de tuberculose intra-hépatique. Elle a dû être longue, et a existé sans doute bien avant l'entrée du malade à l'hôpital. Peut-être est-il logique d'y faire entrer ces troubles digestifs, pour lesquels le malade était venu à l'hôpital, et qui seuls ont longtemps dominé la scène, sans qu'aucune autre manifestation tuberculeuse ait existé (Syndrome de Marfan.)

2^e PÉRIODE : *Phase périhépatique*. — Elle a été marquée par cette pleurésie diaphragmatique qu'il nous a été donné de constater. L'abcès sous-phrénique s'est vite constitué. Il est probable qu'un abcès d'abord intra-hépatique s'est vidé. Nous ne l'avons pas soupçonné. Notre attention a été éveillée par la péritonite tuberculeuse, et les phénomènes de généralisation qui ont emporté le malade.

D'où vient la lésion ? Comment expliquer cette angiocholite, point de départ en somme de cette tuberculose intra et périhépatique ?

Ne faudrait-il pas en chercher la raison dans une tuberculisation primitive des organes génito-urinaires ? Il y a eu généralisation et le foie, prédisposé par l'alcoolisme antérieur, a été touché. La tuberculose hépatique a été ensuite périhépatique, puis il y a eu péritonite tuberculeuse.

Sans doute, nous l'avons dit, il y avait une ulcération du tube digestif inférieur ; elle n'avait, microscopiquement du moins, aucun aspect tuberculeux. Elle a seulement servi d'après nous de porte d'entrée au bacille.

OBSERVATION II (Inédite)

(Communiquée par M. U. Monnier).

La nommée Hervé Marie, âgée de 43 ans, entre le 23 juin 1900 à l'Hôtel-Dieu, salle 17, lit n° 28.

Antécédents héréditaires : excellents. Antécédents personnels : bronchite à répétition depuis deux à trois ans.

Le début de la maladie actuelle remonte à cinq ou six semaines, et aurait été marqué par une asthénie considérable avec diminution de l'appétit. Elle s'alita vers le 20 juin, ses troubles ne cessèrent pas; il survint au contraire de l'insomnie. En même temps, le ventre devint tendu, dur, ballonné; des vomissements et de la diarrhée se produisent.

Devant la persistance de ces symptômes, elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Voici quel est l'état de la malade à son entrée dans le service : abattement énorme, langue rôtie et couverte de fuliginosités, inappétence complète.

Le foie qui déborde les fausses côtes de deux à trois travers de doigt n'est pas douloureux à la pression, bien que, dès le premier jour, la malade se plaignît d'une sensation de barre au niveau de la ceinture.

D'ailleurs pas trace d'ictère, pas de pigments biliaires dans les urines qui contiennent de l'albumine.

La rate est énorme.

L'abdomen est tendu et douloureux dans toute son étendue. Il existe de la diarrhée.

Les poumons présentent aux deux bases une légère submatité et on entend à ce niveau des râles muqueux. Pas d'expectoration.

Le cœur est normal.

Le thermomètre atteint 40° et le pouls est à 120.

En présence de ces signes, on pense à une dothiérientérie possible, et le traitement de cette dernière affection est institué : purgation saline, salol, lait.

1^{er} juillet : Sueurs profuses, continuation de la diarrhée, langue toujours sèche.

4 juillet. — La malade accuse davantage la sensation de barre au niveau de la ceinture. L'auscultation ne révèle aucun frottement pleurétique. Le séro-diagnostic est positif. (Peut-être la malade avait-elle eu une fièvre typhoïde antérieure).

La réaction d'Erlich est négative.

La malade meurt subitement dans la nuit du 5 au 6.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale on voit s'écouler un flot de pus verdâtre grumeleux, qu'on peut évaluer à un litre environ.

Ce pus s'échappe d'une loge circonscrite, en haut par la face inférieure du diaphragme, en bas par la face antéro-supérieure du foie, et en avant par la paroi abdominale.

La partie du foie formant la paroi inférieure de la loge est épaissie, verdâtre, sur une étendue de vingt centimètres sur douze à quinze centimètres de largeur ; il existait donc là un foyer de pyopérihépatite.

Sur la face antéro-supérieure du foie, à droite du foyer ci-dessus, on aperçoit, en plein lobe droit, une tumeur de la grosseur d'une pomme environ ; section-

née, elle laisse échapper un verre environ de pus verdâtre et grumeleux. Les parois de cette cavité sont d'une épaisseur d'un centimètre et demi environ, et présentent çà et là sur leur surface de section des foyers caséeux.

Le reste du foie est ramolli et fortement coloré par la bile.

Dans la vésicule biliaire existent un certain nombre de calculs de grosseur différente, les uns du volume d'un pois, les autres d'une noisette.

La Rate est très ramollie, son parenchyme forme une véritable bouillie contenue dans une capsule très épaissie et couverte de tubercules.

Les Poumons sont adhérents dans toute leur étendue, spécialement au niveau du sommet où les adhérences sont tellement épaisses que leur enlèvement est impossible à ce niveau sans déchirure du viscère.

On trouve des lésions tuberculeuses à tous les stades.

Au sommet du poumon gauche, une ou deux cavernes peu étendues, des foyers de broncho-pneumonie caséreuse disséminés dans toute la hauteur, et sur toute la surface un semis de granulations.

Mêmes lésions dans le poumon droit, qui présente en plus au sommet, d'anciens tubercules crétacés entourés de tissus fibreux, qu'on peut apprécier très nettement avec le doigt.

En plus il existe de la pleurésie diaphragmatique, à droite surtout.

Le Cœur est mou, gras. Au niveau des sigmoïdes aortiques, on constate des plaques athéromateuses presque calcaires, dont l'une empiète un peu sur

l'orifice des artères coronaires, qui sont de ce fait un peu rétrécies ; le bord libre des valvules est sain, la base un peu indurée.

La valvule mitrale est dure, sclérosée, au bord libre, et présente des plaques d'athérome à la base.

Le cœur droit est sain, rien aux sigmoïdes pulmonaires, rien à la tricuspide, l'oreillette n'est pas dilatée.

Les *Reins* sont mous, la substance corticale est augmentée des deux tiers, la capsule se détache difficilement, laissant à découvert une surface granuleuse. Par endroits, les pyramides sont entièrement détruites.

Ils présentent donc toutes les lésions d'une néphrite diffuse.

Le *Péritoine* pariétal est parsemé de granulations récentes ; au-dessous les vaisseaux sont très dilatés formant un fond rougeâtre sur lequel se détachent très nettement les granulations ; par endroits même, il y a de véritables extravasations sanguines.

Examen histologique : Les coupes ont été prises dans la partie du foie limitant l'abcès périhépatique.

Voici ce qu'elles ont présenté :

A un faible grossissement : La disposition normale des travées hépatiques est conservée, il n'y a pas de dislocation des travées hépatiques, elles ne sont pas envahies par le processus de sclérose.

A un fort grossissement :

Tous les espaces portes sont altérés par le processus tuberculeux. Ils sont farcis de cellules embryonnaires, celles-ci sont réunies par amas plus ou moins volumineux, dans certains cas on les voit s'infiltrer

et remonter assez loin entre deux travées hépatiques. Le siège principal de ces amas est autour des canalicules biliaires.

Les Canalicules biliaires sont tous malades, leur paroi très épaissie, leur lumière très rétrécie pour ne pas dire obstruée. Les parois sont infiltrées de cellules embryonnaires, et, dans certains endroits, la paroi est non seulement infiltrée mais détruite.

L'Artère hépatique a sa paroi non épaissie, mais non intacte, car de ci de là des cellules embryonnaires commencent à infiltrer la paroi ; la lumière est de dimensions normales.

La Veine porte est peu altérée ; ses parois sont un peu épaissies et contiennent quelques cellules embryonnaires.

Des Cellules géantes dans la plupart des espaces portes, et par places en plein centre hépatique.

La Cellule hépatique en général n'est pas malade, on reconnaît la forme cellulaire, et le noyau qui n'est pas altéré.

De ci de là, des amas de cellules graisseuses marquant un commencement de dégénérescence. Nulle part on ne trouve de tissus de sclérose.

OBSERVATION III (inédite)

(*Communiquée par M. U. Monnier.*)

Il s'agit d'une femme âgée de 75 ans, du nom de Chupin, entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 mai 1900, salle 17, lit n° 7.

L'état d'anhélation et d'abattement que présentait la malade lors de la première visite met obstacle à tout interrogatoire.

L'auscultation révèle des lésions profondes du parenchyme pulmonaire. Les poumons sont atteints de signes manifestes de ramollissement tuberculeux ; l'expectoration d'ailleurs est composée de crachats abondants et opaques.

Vers le tiers supérieur du poumon droit existe une caverne énorme au niveau de laquelle se perçoit très nettement le bruit de pot fêlé ; avec cela souffle amphorique, gargouillement, en un mot les signes cliniques des pertes de substance du poumon.

Le cœur est animé de battements réguliers mais faibles. Le pouls à peine perceptible et également régulier est aussi très faible et fréquent.

Le foie présente des dimensions normales, et est le siège de douleurs non spontanées mais provoquées par la percussion.

La rate est normale.

La malade est soumise à un traitement reconstituant, café, champagne, glycéro-phosphate de chaux.

5 mai. L'état général est redevenu meilleur ; le pouls est moins fréquent.

8 mai. — La malade accuse de vives douleurs, une sensation de barre à maximum au niveau de la région hépatique.

L'oreille ne perçoit au niveau de la plèvre diaphragmatique aucun frottement, et les phréniques ne sont pas douloureux.

La malade s'alimente un peu.

18 mai. — L'état général s'aggrave, des cavernules se sont formées au niveau du poumon gauche. Il existe une fièvre à grandes oscillations.

24 mai. — Toujours, et de plus en plus, la malade accuse dans le côté droit la même sensation de douleur qui n'est ni pongitive, ni lancinante.

26 mai. — L'état général décline, des sueurs profuses apparaissent.

4 juin. — L'alimentation est presque impossible, à peine quelques cuillerées de champagne sont-elles tolérées.

9 juin. — Prostration extrême.

La malade meurt le 11 juin.

Autopsie. — Les deux poumons, le droit surtout, sont criblés de cavernes, l'une d'elles a le volume du poing.

A l'ouverture de l'abdomen s'écoule, sortant de la région sous-phrénique, un flot de pus dont on peut évaluer la contenance à trois quarts de litre environ, c'est un pus grumeleux, fétide. La poche qui le contenait avait comme limites : le diaphragme en haut, de chaque côté des brides péritoniales, en bas le foie.

Cette pyopérihépatite provenait évidemment du foie. Celui-ci, en effet, offrait au niveau de la partie antéro-supérieure et médiane du lobe droit une excavation large comme la paume de la main, et creusée sur une profondeur de quatre à cinq centimètres. Elle était revêtue de la membrane pyogénique des anciens.

C'était le seul abcès que contenait le foie.

Les anses intestinales ne présentaient aucun tuber-

cule, pas plus d'ailleurs que les autres viscères abdominaux.

Reins. — Ce sont de gros reins blancs difficiles à décortiquer ; apparence macroscopique de la néphrite diffuse chronique.

Rate. — Atrophiée.

Cœur. — D'apparence normale.

Le pus examiné extemporanément par la méthode de Ziehl s'est montré négatif au point de vue de la tuberculose ; mais, en revanche, je décelai dans la *paroi* de la poche purulente quelques bacilles de Koch.

MALADIE TUBERCULEUSE DU FOIE AVEC FORMATION
D'ABCÈS MULTIPLES.

MACKENZIE (*Tr. Path. Soc. Lond.* 1889-90, p 156-160.

E. M. âgé de 50 ans, était admis à Royal Free Hospital, dans le service du docteur Panisbury, le 8 novembre 1889.

Sa santé était mauvaise depuis dix semaines, il s'était alité, avait perdu des forces ; transpirations, douleurs dans le côté droit de la poitrine. La seule maladie dont il se souvient était une attaque de goutte datant de quelques années.

Antécédents héréditaires mauvais. Quatre frères étaient morts, disait-il, de consommation. Lui-même avait été grand buveur, principalement de rhum.

Il mourut à l'hôpital le 4 décembre, après s'être affaibli graduellement. La douleur du côté droit

avait persisté, la région du foie était douloureuse et le rebord de la glande était senti par la palpitation à un pouce au-dessous des côtes. Il y avait les signes physiques ordinaires de la tuberculose pulmonaire, tels que craquements, souffle bronchique, matité, etc. Quelques jours avant sa mort, il semblait qu'il se développait une pleurésie du côté droit. La température ne fut jamais élevée, se trouvant toujours entre la normale et 100° F.

A l'autopsie, on trouva un épanchement considérable de sérosité dans la cavité pleurale droite, et les feuillets viscéral et pariétal de la plèvre étaient couverts d'un enduit fibrineux récent.

Le poumon droit était rétracté, les deux poumons présentaient les lésions habituelles de la tuberculose, plus avancées cependant à gauche. Dans le tiers moyen du lobe supérieur, le poumon de ce côté renfermait de nombreuses masses caséeuses, et des petites cavernes. Le larynx et la trachée étaient indemnes. L'intestin fut examiné d'un bout à l'autre et on ne découvrit qu'une petite ulcération paraissant ancienne, siégeant à la partie supérieure de l'iléon.

Le foie fut trouvé considérablement modifié, au point que l'échancrure interlobulaire, au lieu d'être à un pouce seulement de la ligne médiane, était situé à l'union du 9^e et du 10^e cartilage costal.

Immédiatement au-dessus du rein droit, il semblait y avoir une masse globuleuse, donnant, à la palpation, la sensation d'un kyste avec de profondes dépressions. Le lobe droit du foie était adhérent d'une façon si intime aux parties environnantes (diaphragme, rein, capsule surrénale et duodenum) que le tout fut enlevé

en masse sans que l'on pût en déterminer la nature. Ceci fait, et les organes adhérents détachés de la glande, on vit que le lobe droit adhérent était considérablement rétracté, et atteignait à peine un tiers de son volume normal. La masse globulaire dont nous venons de parler, qui avait environ le volume d'une grosse orange, occupait son bord gauche, au voisinage de la vésicule biliaire, et le reste de la surface était parsemé de granulations jaunâtres de volume variable.

La capsule du foie se continuait sans ligne de démarcation sur la tumeur et était considérablement épaissie. Le bord de la partie malade était arrondi comme dans les cas de périhépatite.

La vésicule biliaire, quoique adhérente à la tumeur n'était pas touchée par le mal.

Elle contenait quelques calculs biliaires en petit nombre, mais sa muqueuse et celle de son canal excréteur étaient sains. Le sillon transverse et les vaisseaux étaient sains.

En faisant des coupes de la partie malade, on trouva que les masses disséminées à la surface étaient aussi nombreuses à l'intérieur du foie.

La grosse tumeur contenait une matière pultacée, molle, de couleur pourpre, couleur due évidemment à la présence de sang altéré. La cavité, vidée de cette matière, était séparée de la surface dans sa moitié gauche seulement, par la capsule du foie, épaisse d'environ un quart de pouce. Dans la partie supérieure, le tissu du foie lui-même formait la paroi cavitaire, mais présentait un aspect très irrégulier, comme réticulé, semblable à celui des ventricules

du cœur. Les petites masses jaunes consistaient en matière caséuse entourée par une paroi de tissu conjonctif. Cette matière caséuse s'échappa immédiatement après la section de la surface, laissant voir la cavité.

Bien que l'aspect qu'elle présentait fût tout spécial, on pouvait, pour diverses raisons, penser à la tuberculose : l'aspect des poumons, les antécédents héréditaires, l'alcoolisme, etc. La maladie du foie ne différait pas, comme aspect, des formes que la tuberculose prend parfois dans le rein. Pratiquement, en dehors de la tuberculose, il n'y avait que deux maladies à considérer, l'actinomycose et les kystes hydatiques dans quelques-unes de leurs formes.

Les corps caséux, avec leurs capsules de tissu connectif, étaient infiniment plus volumineux que ceux trouvés dans les cas d'actinomycose. Cependant, comme l'actinomycose était une cause très possible de la maladie, et me souvenant comment le docteur John Harley regardait le cas d'actinomycose qu'il publia, comme étant d'origine tuberculeuse, je pris toutes les précautions nécessaires pour ouvrir les corps étoilés. On n'en trouva pas trace, mais si la recherche de l'actinomycose ne donna aucun résultat, la présence de la tuberculose était très évidente. Dans le tissu connectif qui formait les parois des corps caséux, se trouvaient des cellules embryonnaires ordinaires.

Il fut impossible de savoir quelle était celle des deux maladies du foie ou du poumon qui avait apparu la première. Tout ce que l'on pouvait dire c'est que si l'affection pulmonaire pouvait être relativement

récente, l'affection hépatique était évidemment de vieille date, ainsi que le montrait l'épaississement de la capsule, les fortes adhérences aux parties environnantes, la rétraction qui était survenue, et les dépôts calcaires qui revêtaient les parois de la plus vaste cavité.

De plus, malgré la longue durée, il n'y avait pas trace de maladie, avant les quelques semaines qui avaient précédé la mort, de sorte que le début avait dû être indolore et insidieux. L'ulcère de l'intestin grêle était probablement la source de l'infection hépatique.

Berliner Klinische Wochenschrift, n° 21, 23 mai 1892, p. 521.

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DE BERLIN

SÉANCE DU LUNDI 14 DÉCEMBRE 1891

Président : M. LANGENBUCH.

Secrétaire : M. JAMES ISRAEL.

Je voudrais encore vous montrer un cas d'abcès sous-phrénique, ou hypophrénique, comme on dit plus exactement. La patiente nous arriva avec une tumeur fortement fluctuante située sous l'arc droit des côtes, cette tumeur n'était ni ferme, ni remplie, elle était plutôt flasque. L'incision faite, il s'échappa une énorme quantité de pus gris et caséeux. Nous élargîmes l'incision, et nous pûmes alors facilement introduire notre main droite entre le diaphragme et

le foie. Après l'écoulement du pus, la malade se remit assez bien. Cependant la guérison de l'ouverture s'est fait attendre longtemps, et, à l'heure présente, n'est pas encore complète, si bien qu'il existe encore un canal fistuleux.

Il y a lieu de se demander d'où cet abcès sous-phrénique a pu tirer son origine.

Vous savez très bien que des poussées inflammatoires s'exercent sur un point de l'estomac, tendent à prévenir des perforations et ont presque toujours pour résultat la formation de ces sortes d'abcès. On en conclut que, le processus infectieux continuant à évoluer, une infiltration se fait entre le diaphragme et le foie, à droite ou à gauche du ligament suspenseur; d'où abcès sous-phrénique. Celui-ci s'enkyste et ainsi, exceptionnellement, il ne survient pas de péritonite généralisée mortelle.

Telle n'est point ici la cause de l'abcès sous-phrénique, l'interrogatoire n'a rien permis de trouver, qui pût prouver que le malade ait éprouvé des troubles de cette nature dans un point du tube digestif. Par contre, il était évident que l'état général de cette femme était celui qui correspond à l'hecticité tuberculeuse.

Nous essayâmes une injection de tuberculine, et la réaction fut si évidente, qu'on est en droit de supposer qu'il s'agissait d'un processus tuberculeux à point de départ vertébral. Celui-ci a donné lieu à un abcès froid, qui, par exception, au lieu de fuser le long de la colonne vertébrale, s'est frayé un chemin dans l'espace compris entre le foie et le diaphragme. Ce n'est là qu'une supposition appuyée uniquement sur

la réaction de la tuberculine : cependant je suis très porté à croire qu'il s'agit réellement ici d'un abcès tuberculeux sous-phrénique. Ce serait en tout cas une rareté, car je ne sache point que ce fait puisse être observé fréquemment. La malade, sous l'action continuée du traitement par la tuberculine, s'est remise lentement, et il y a tout lieu d'espérer que ce qui reste de la fistule sera bientôt guéri.

ABCÈS SOUS-DIAPHRAGMATIQUE TUBERCULEUX

(JACCOUD, *Clinique de la Pitié du 12 janvier 1884 sur le Pneumotorax partiel; le faux Pneumothorax, et l'Abcès sous-phrénique*, p. 235).

(*Observation rédigée par Chauffard*).

On ouvre d'abord la cavité abdominale seule, afin de pouvoir examiner avec précision la face inférieure du diaphragme et les organes contigus. Le foie est libre au niveau de son lobe droit, mais le lobe gauche est fixé au diaphragme par des adhérences fibreuses multiples et résistantes ; le revêtement péritonéal du muscle est épaissi et vascularisé.

Ces lésions sont surtout prononcées en un point où, l'extrémité gauche du foie, le sommet de la rate, et des masses épiploïques graisseuses, sont réunis et intimement soudés à la face inférieure du diaphragme. En détruisant doucement ces adhérences, on ouvre un *foyer purulent caséux*, parfaitement enkysté et du volume d'une grosse noix, situé à la partie moyenne du bord postérieur de la moitié gauche du

diaphragme ; les fibres musculaires sont, à ce niveau, ramollies et largement dissociées.

Dans tout le reste de la cavité abdominale, aucune trace de péritonite soit ancienne, soit récente, pas d'adhérences, ni d'exsudat.

Le thorax est alors ouvert au moyen de deux incisions latérales, reliées par une incision transversale qui passe au-dessous des sixièmes côtes, et laisse intacts tous les rapports diaphragmatiques. Le cœur est refoulé derrière le sternum. La plèvre gauche contient plus de deux litres d'un pus épais et fétide ; ses parois sont partout recouvertes d'une couche fibrino-purulente crémeuse. Pas d'épanchement gazeux.

Du côté gauche, le sinus costo-diaphragmatique est effacé par des adhérences fibreuses résistantes, qui remontent jusqu'au bord inférieur de la sixième côte, et ne se laissent déchirer qu'avec difficulté. Pas d'adhérences au contraire du côté droit, où la main s'engage aisément, entre la face profonde des fausses côtes, et la poche correspondante de la voûte diaphragmatique.

Le poumon gauche occupe une situation anormale déterminée et par l'épanchement et par des adhérences antérieures. En haut, il est fixé au sommet de la cage thoracique : en bas, il s'étale et adhère solidement par toute sa base à la face supérieure du diaphragme ; latéralement pas d'adhérences costales ; le poumon a été aplati et refoulé par l'épanchement, le long de la colonne vertébrale. Dans la base de l'organe, au centre à peu près de la partie adhérente au diaphragme, on y voit un petit orifice arrondi, par

où une sonde cannelée pénètre facilement, et arrive en suivant un trajet oblique jusque dans le foyer caséeux abdominal. C'est là qu'a eu lieu la perforation qui a amené le développement subit de la pleurésie purulente.

OBSERVATION IV

(LANNELONGUE)

Garçon de 7 ans 1/2.

Tuberculose généralisée.

Périhépatite non soupçonnée pendant la vie.

AUTOPSIE. — Foie volumineux dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes.

Sur la face convexe, abcès du volume d'une grosse noix, occupant le muscle diaphragme et proéminent à la fois dans les cavités de la plèvre et du péritoine.

OBSERVATION V

(LANNELONGUE)

Fillette de 12 ans.

A la partie supérieure de la paroi abdominale du côté droit, tumeur du volume du poing, régulière allongée, pyriforme.

Cette tumeur mate à la percussion, indolente, à marche progressive, fluctuante, n'est pas isolable du foie.

Une incision à travers le muscle grand droit donne issue à un pus crémeux assez abondant.

La cavité de l'abcès est tapissée par une membrane tuberculogène bien caractérisée, et l'abcès situé dans un tissu néo-membraneux adhérent au foie.

Aucune autre manifestation tuberculeuse ; opération et guérison.

OBSERVATION VI

(LANNELONGUE)

Fillette de 13 ans 1/2.

Tumeur siégeant à l'épigastre un peu à droite de la ligne médiane, vers la partie supérieure du grand droit de l'abdomen.

A première vue, cette tumeur semble superficielle, mais, par la palpation et la percussion, on reconnaît facilement qu'elle fait corps avec la glande hépatique : elle est mate et fluctuante.

On songe d'abord à un kyste du foie ; mais, dans cette hypothèse, il fallait penser à un kyste bien minime, bien isolé, puisque le foie n'était pas augmenté de volume dans l'hypochondre droit ; de plus l'évolution avait été rapide, et la petite malade présentait au-dessous de l'oreille droite la cicatrice d'un abcès ganglionnaire manifestement tuberculeux.

Le diagnostic d'abcès périhépatique tuberculeux est posé.

Extirpation de la tumeur.

Derrière le muscle grand droit : membrane gris bleuâtre, peu épaisse, qui, sectionnée, donne issue à un pus blanchâtre, mal lié, membrane tuberculogène caractéristique.

A la limite de l'abcès, tissu fibreux adhérent dans la profondeur.

Drainage ; pansement iodoformé. Guérison.

OBSERVATION VII

OBSERVATION publiée par M. CADET DE GASSICOURT

(*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 1886, p. 491 ;
et par M. le prof. LANNELONGUE, Académie des Sciences,
31 mai 1887.*)

Au commencement du mois de mars de cette année, le jeune D..., garçon de 13 ans, s'était enfui de la maison paternelle. Il avait rôdé pendant près de six semaines sur les fortifications, couchant en plein air, mendiant pour vivre, mangeant, Dieu sait comme, souffrant de la faim et du froid. Le 23 avril, il était ramené chez son père, par sa tante qui le rencontrait errant rue de Rivoli.

Depuis cette époque, il souffrait au côté droit du thorax, il toussait, il avait des sueurs nocturnes. Il nous fut amené le 23 mai. Dès son entrée, je fus frappé de sa pâleur, de sa maigreur qui étaient extrêmes, et de la saillie énorme que faisaient des deux côtés les ganglions sous-maxillaires, durs, non suppurés, roulant sous le doigt. Le seul aspect du malade faisait reconnaître la scrofule, confirmée encore par les cicatrices saillantes qui existaient sous le menton. Et quand l'examen de la poitrine m'eut permis de constater l'existence, dans la fosse sous épineuse et dans l'aisselle droite d'une matité très nette, accompagnée

de râles nombreux, et d'une respiration soufflante, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de scrofule et broncho-pneumonie très probablement tuberculeuse.

Les jours suivants les signes physiques disparurent, pour faire place, le 1^{er} juin, à une matité bien accusée, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine du même côté, à un souffle doux, à de l'égophonie, à la diminution des vibrations thoraciques. C'était non une pleurésie, comme on aurait pu le croire, mais une congestion nouvelle, car la seringue de Pravaz ne tirait pas une goutte de liquide, et les signes physiques diminuaient et se transformaient au bout de quarante-huit heures; le souffle doux et l'égophonie faisaient place à quelques râles sous-crépitants.

Le diagnostic s'affirmait donc de plus en plus, d'autant que la matité et le souffle sous-axillaires renaissaient le lendemain, pour s'éteindre deux jours après, tandis que les mêmes signes se montraient à la base droite et s'y installaient définitivement. Cette sorte de fluctuation symptomatique ne nous laissait aucun doute sur la broncho-pneumonie, de même que l'état général du malade ne nous permettait guère d'hésiter sur la tuberculose. Enfin, quelques jours plus tard, un léger épanchement pleural se montra à la base droite, et persista environ trois semaines.

Vous voyez, Messieurs, que, jusqu'ici, le diagnostic était aussi fermement établi qu'il était simple. Nous arrivons ainsi jusqu'au 14 juin, c'est à partir de ce moment que commencent les hésitations et les difficultés.

Le matin de ce jour, en effet, mon interne, M. Laffitte, me signale sous les fausses côtes droites, dans la région hépatique, une tumeur saillante de six centimètres de diamètre, rénitente, obscurément fluctuante, très douloureuse au toucher ; la douleur se prolonge sous le rebord des fausses côtes.

A quel organe appartenait cette tumeur ? était-elle récente ? était-elle ancienne ? Telles étaient les questions qu'il fallait résoudre et de leur solution, juste ou non, dépendait le diagnostic, vrai ou faux. Notez que la tumeur siégeait à droite, au niveau de la partie interne du lobe droit du foie.

La palpation permettait de reconnaître qu'elle faisait corps, pour ainsi dire, avec la glande hépatique, dont le bord inférieur, abaissé, était facilement perceptible. De plus, toute la région était légèrement saillante ; mais je ferai remarquer que l'ampliation de l'hypochondre droit n'est pas un fait constant dans les tumeurs liquides du foie, car elle se mesure exactement sur le volume de la tumeur qui est lui-même essentiellement variable. Je pesai toutes ces raisons, je les trouvai convaincantes, et je me décidai pour une tumeur appartenant au foie. La palpation ne permettait pas de douter que cette tumeur ne fût liquide ; une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz me montra que le contenu en était purulent.

Je me trouvais donc en présence d'une poche, pleine de pus, dont le siège me paraissait être dans la glande hépatique. Deux hypothèses s'offraient à moi ; avais-je affaire à un abcès scrofulo-tuberculeux, ou à un kyste hydatique suppuré développé chez un tuberculeux ?

Du moment que l'erreur de siège avait été comise, du moment que je n'avais pas songé à une péritonite sus-hépatique suppurée, je ne pouvais guère, ce me semble, repousser l'idée d'un kyste hydatique. Et, comme la nécessité de vider la poche s'imposait à moi, j'espérais trancher la question par l'examen microscopique du liquide.

Je fis une ponction le 18 juin avec l'appareil de Potain, et je tirai 200 grammes d'un pus crémeux, bien lié, sans aucune odeur ; mais l'examen microscopique ne m'y fit reconnaître, non plus qu'à mon interne M. Laffitte, habitué à ces sortes de recherches, ni crochets, ni bacilles.

Je restai donc dans le doute et je formulai ainsi le diagnostic : abcès scrofulo-tuberculeux, ou kyste hydatique suppuré du foie, et comme, d'autre part, j'avais constaté dès le premier jour l'existence d'une douleur très vive et récente, au niveau de la tumeur fluctuante, douleur qui se prolongeait à droite sous le rebord des fausses côtes, j'ajoutai à ce diagnostic celui de péritonite localisée.

Il me paraît singulier aujourd'hui de n'avoir pas songé à la possibilité d'un abcès péritonéal, et probablement vous partagez ma surprise.

Quoi qu'il en soit, la constatation de la péritonite, et la certitude qu'elle me donnait des adhérences déjà formées entre le foie et la paroi abdominale, m'autorisaient à faire, sept jours après, une seconde ponction aspiratrice, qui donnait issue à 220 grammes de pus, et cinq jours plus tard, le 1^{er} juillet, une troisième ponction avec un gros trocart, suivie de l'introduction d'une sonde à demeure. Des lavages étaient faits régulièrement avec l'eau phéniquée au 100^e.

A partir de ce moment, l'état général se modifia de la façon la plus heureuse, le sommeil fut calme et profond, l'appétit devint excellent, les forces se relevèrent, les symptômes pulmonaires eux-mêmes ne tardèrent pas à s'amender, et les adénopathies cervicales énormes qui avaient si fortement attiré mon attention, lors de l'entrée du malade, diminuèrent peu à peu de volume. Je n'ai pas besoin de dire que j'administrais à mon malade l'huile de foie de morue et le vin créosoté à haute dose, en même temps que je le soumettais à une alimentation sérieusement reconstituante, à laquelle il se prêtait de la meilleure grâce du monde.

Cependant l'écoulement du pus persistait. Tantôt il diminuait au point que la fin en paraissait prochaine, tantôt il augmentait sensiblement, mais il ne tarissait jamais. Les jours, les semaines passaient sans amener une guérison complète. Je quittai l'hôpital pour prendre mes vacances annuelles, et quand je revins dans les premiers jours d'octobre, je retrouvai mon malade avec des adénopathies cervicales à peine appréciables, une respiration pure dans toute l'étendue des deux poumons, mais conservant toujours une fistule, d'où s'écoulait chaque jour une certaine quantité de pus. De plus la fièvre s'était rallumée, et la température montait à près de 40°.

Il fallait en finir. Le 12 octobre, je fis appeler M. le Dr Pengrueber qui suppléait M. Lannelongue, et il fut convenu qu'on procéderait à une opération plus radicale.

L'enfant étant anesthésié, on incise au thermo-cautère la paroi abdominale, parallèlement au rebord

des fausses côtes droites, au niveau de la poche elle-même, sur une longueur de huit centimètres environ. On tombe alors dans une cavité peu profonde qui se prolonge dans une arrière-cavité plus étendue, située sous les fausses côtes. Le doigt y pénètre avec facilité, et c'est alors que je constate l'erreur dans laquelle j'étais tombé ; je reconnais que la poche purulente siège en dehors du foie, en avant et au-dessous de lui, entre sa face convexe et le diaphragme, et qu'elle est formée aux dépens de l'épiploon sus-hépatique.

Je n'ajoute plus que quelques mots. L'opération réussit à souhait. Un mois après, le 15 novembre, le petit malade restait dans ma salle sans suppuration, sans trajet fistuleux, avec une plaie bourgeonnante du plus bel aspect. La fièvre était tombée, les adénopathies cervicales avaient presque disparu, l'embonpoint était relativement considérable, la respiration parfaitement pure. Aujourd'hui la cicatrisation est parfaite, l'enfant est parti en convalescence.

M. le Professeur Lannelongue communique la suite de l'observation à l'Académie des Sciences le 31 mai 1887 :

La guérison du petit malade ne s'est pas maintenue, il revient dans le service de M. Cadet avec une fistule donnant une abondante suppuration. Je le vis le 14 avril 1887 :

La fistule siégeait sous le rebord costal droit à sept ou huit centimètres de la ligne médiane ; un stylet introduit dans cette fistule pénétrait dans un large trajet à une profondeur de plus de huit centimètres ; en dedans le stylet cheminait jusqu'au niveau du sternum ; en dehors on pouvait incliner

son extrémité jusqu'à donner à l'instrument une direction horizontale ; il y avait donc là une cavité très spacieuse comprise dans la concavité du diaphragme.

L'état général de l'enfant s'était aggravé au point de devenir alarmant, la température oscillait entre 39 et 40°. Dans ces conditions, la résection du bord inférieur du thorax pouvait seule permettre de faire disparaître le vide existant entre la paroi costale rigide et le foie mobile. Cette opération fut faite le 17 mai. Après avoir agrandi l'orifice de la fistule par une incision horizontale faite au thermo-cautère, je pus explorer avec le doigt toute la cavité ; en dedans elle allait jusqu'au sternum, au dehors jusqu'à la 10^e côte ; en haut jusqu'à la 5^e ; en bas et en arrière elle était limitée par le foie recouvert de fausses membranes assez résistantes. Je taillai un lambeau quadrilatère que je disséquai et relevai vers la partie supérieure ; j'enlevai le cartilage de fusion des dernières côtes, ainsi que les 9^e, 8^e et 7^e arcs costaux dans une étendue de 6 à 8 centimètres. Par ce moyen l'affaiblissement de la cavité se produisit immédiatement, il n'y avait plus qu'à déterger l'abcès de sa paroi tuberculeuse ce qui fut soigneusement fait.

Depuis l'opération, la cavité sus-hépatique est entièrement comblée, le sujet reprend des forces chaque jour ; le 31 mai, il ne reste plus qu'une plaie superficielle.

Lannelongue complète cette observation dans une note présentée au Congrès de la Tuberculose 1888 : (*Tuberculose hépatique et périhépatique. — Hépatotomie. Compte-rendu, page 204*).

Les suites de cette opération parurent favorables tout d'abord, et l'on pouvait espérer une guérison prochaine, lorsque le jeune malade fut pris d'une pleurésie du côté droit ; l'appétit devint nul, l'état général de plus en plus misérable : bref, il succombait deux mois et demi après l'opération, 28 juin.

AUTOPSIE. — La plèvre droite, dans presque toute son étendue, présente des adhérences infiltrées d'une sérosité citrine, surtout en arrière ; ces adhérences sont très étroites à la base du poumon qu'elles fixent à la face supérieure du diaphragme ; il n'y a pas de tubercules dans les poumons. Le foie, dans toute la partie droite de son bord antérieur, offre de nombreuses adhérences qui sont particulièrement intimes au voisinage de la vésicule biliaire.

Le trajet fistuleux qui a persisté après l'opération comme trace de l'abcès sus-hépatique a une étendue de sept à huit centimètres ; ce foyer repose sur le foie ; il renferme un peu de pus. A ce niveau, une coupe antéro-postérieure du foie montre une hépatite caséuse du lobe droit, depuis le bord antérieur jusqu'au bord postérieur et de la face convexe à la face concave.

Cette zone d'hépatite, qui mesure de cinq à six centimètres de largeur en moyenne sur le lobe droit, consiste en une infiltration jaunâtre de tout le parenchyme, comparable au tissu d'infiltration de la pneumonie caséuse. En bas, près du bord antérieur, le foyer est ramolli ; il y a là une caverne pouvant loger un gros marron, renfermant du pus grumeleux et caséux.

Les ganglions abdominaux situés en avant des

vaisseaux sont anormalement développés ; quelques-uns, très gros, présentent à leur surface de petits ilots de granulations tuberculeuses ; la coupe de ces ganglions montre aussi des granulations dans leur intérieur. En somme, c'est là un cas d'hépatite caséeuse étendue, en connexion avec un abcès sus-hépatique et lui ayant donné naissance.

OBSERVATION VIII

LANNELONGUE

Congrès Français de Chirurgie, 1888.

Le 25 février 1888, un garçon de 12 ans entrait à l'hôpital Trousseau, dans le service de mon collègue et ami Cadet de Gassicourt, pour une affection douloureuse de l'abdomen. Le passé de cet enfant ne présentait rien de particulier, mais son père était mort tuberculeux.

Deux mois et demi avant son entrée, des signes de péritonite sub-aiguë avaient ouvert la marche des accidents, bientôt suivis d'une typhlite. Cette poussée dura environ six semaines ; puis pendant douze jours tous les phénomènes disparurent à tel point que l'enfant semblait complètement guéri. Alors de nouvelles douleurs surviennent, mais plutôt thoraciques qu'abdominales ; l'hypochondre droit se tuméfie, la fièvre se montre, c'est dans ces conditions que l'enfant entre à l'hôpital.

Il est pâle, amaigri ; son visage porte l'empreinte d'une maladie grave. L'hypochondre droit est proé-

minent, ainsi que la région costale inférieure. La palpation très douloureuse permet néanmoins de reconnaître que le foie est notablement augmenté de volume; en effet, il déborde non seulement les fausses côtes, mais il occupe la partie supérieure du flanc droit.

Le surlendemain 27, le gonflement de l'hypochondre est plus considérable, la paroi costale plus distendue; enfin on perçoit une fluctuation sous le rebord costal. Dès lors M. Cadet de Gassicourt pense avec raison à une périhépatite suppurée. Dans la journée l'enfant rend en toussant du pus en abondance et remplit un demi-crachoir en moins de vingt-quatre heures. La paroi thoracique s'affaisse notablement.

Le 28, je vois l'enfant avec mon collègue. Après avoir envisagé l'hypothèse d'une pleurésie purulente et d'autres affections, nous nous en tenons au diagnostic d'abcès tuberculeux sus-hépatique, le foyer ayant perforé le diaphragme et s'étant ouvert dans les bronches; la nature tuberculeuse de l'affection était indiquée par la marche relativement lente, sub-aiguë. On a d'ailleurs trouvé depuis des bacilles dans les crachats. Je proposai de suite la résection de la paroi thoracique pour mettre à nu la cavité tuberculeuse dont l'existence nous paraît certaine. Mais les jours suivants l'état de l'enfant s'améliora un peu, l'intervention sembla moins urgente et fut différée jusqu'au 7. L'état était alors très grave, la température à 40° tous les soirs.

OPÉRATION. — Dans un premier temps, pour reconnaître l'abcès profond, j'ai enfoncé un fin trocart

dans le 7^e espace intercostal ; du pus s'est écoulé , puis j'ai incisé au bistouri le même espace de manière à introduire le doigt dans la poche ; j'ai ainsi reconnu que l'abcès adhérait au bord inférieur des côtes. Dès que la cavité a été ouverte par cette petite incision, nous avons été frappés par un bruit considérable, sorte de glouglou de gargouillement dû à l'entrée brusque de l'air dans la cavité au moment de chaque inspiration.

J'ai fait ensuite une incision de neuf à dix centimètres sur le bord inférieur du thorax avec le thermocautère, de manière à atteindre la limite inférieure de l'abcès, pénétrant couche par couche jusqu'à lui.

A l'aide d'une incision perpendiculaire à la précédente, passant par mon incision exploratrice du 7^e espace, je taillai deux lambeaux cutanés, que je disséquai et relevai de chaque côté en dehors et en dedans.

Me guidant sur l'étendue de la cavité, je résèque le thorax ; en dedans, je coupe les cartilages des 7^e et 6^e côtes ; en dehors, je sectionne de bas en haut jusqu'à la 6^e côte.

La portion enlevée avec ses parties molles a la forme d'un triangle dont la base répond au rebord des fausses côtes et mesure huit centimètres, tandis que chacun des autres côtés n'a que cinq centimètres et demi. Quelques intercostales ont nécessairement été divisées, mais pincées de suite au fur et à mesure de la section des côtes ; j'ai même dû diviser la 5^e côte pour faciliter la ligature de l'intercostale située au-dessous d'elle. Somme toute, l'enfant a perdu peu de sang et l'opération a duré environ 40 minutes.

La paroi costale enlevée, j'ai été frappé de voir, à la place d'une cavité profonde et anfractueuse, une plaie superficielle exposée, presque de niveau avec le reste de la paroi ; nous avons sous les yeux la face supérieure du foie tapissée par une membrane tuberculeuse qui n'était autre chose que la paroi profonde de l'abcès ; en haut seulement existait un mince trajet se dirigeant vers le diaphragme et qui conduisait évidemment dans une bronche, car nous avons constaté que l'air sortait à chaque expiration par ce petit trajet ; je n'ai pas cru devoir l'explorer.

Enfin, n'ayant trouvé à la surface du foie, ni orifice, ni fluctuation pouvant m'indiquer la présence d'une collection dans l'épaisseur de cet organe, j'ai borné là mon opération, après avoir toutefois touché et détruit avec le thermo-cautère la membrane tuberculeuse qui tapissait le foie.

Pansement au salol. Trois jours après, le 10, je trouve que la plaie est pâle et un peu grisâtre ; je fais une légère application de perchlorure de fer. La température qui était à 40° avant l'opération s'est maintenue entre 38° et 39° depuis. L'enfant est gai et mange avec appétit. La fistule pulmonaire est entièrement fermée.

En corrigeant cette épreuve pour l'impression, le 18 mai, je constate que le petit malade peut être considéré comme guéri. La plaie est presque entièrement cicatrisée ; l'état général est excellent, et, fait important qui étonne M. Cadet de Gassicourt, les phénomènes pulmonaires qui avaient fait craindre l'existence d'une granulie ont disparu.

OBSERVATION IX

LANNELONGUE

Congrès de la Tuberculose 1888. — Compte-rendu, p 206.

Périhépatite tuberculeuse du bord inférieur droit du thorax — Mort — Autopsie : deux volumineux abcès tuberculeux du lobe droit du foie.

Une fillette de 4 ans, Marie L..., entre le 30 avril 1888 dans le service de mon collègue et ami Cadet de Gassicourt. Trois mois avant son arrivée à l'hôpital, cette petite fille, dont la santé avait été assez bonne jusque-là, se mit à maigrir, tousser et perdre l'appétit; elle avait aussi des frissons et de la fièvre; des vomissements continuels empêchaient l'alimentation, et l'état général était devenu fort grave.

Le ventre est volumineux, tendu, la peau parcourue par un fin lacis veineux au niveau de l'épigastre; un peu à droite de la ligne médiane, existe une tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'une orange, elle est modérément tendue, douloureuse à la pression, et mate à la percussion. La matité se confond avec celle du foie, qui est manifestement augmenté de volume, et descend à trois ou quatre doigts au-dessous des fausses côtes.

Cet ensemble de signes nous fit conclure, M. Cadet et moi, à l'existence d'un abcès tuberculeux sus-hépatique, et, malgré l'état vraiment désespéré de l'enfant, je me résolus à l'opérer.

OPÉRATION le 9 mai. — L'abcès incisé dans une certaine étendue, le doigt pénètre profondément sous les fausses côtes droites, jusque vers la ligne axillaire en dehors. La face profonde du foyer repose sur le foie. La membrane tuberculogène détruite par le grattage, et l'abcès complètement évacué après résection du bord inférieur du thorax dans une étendue de six centimètres environ, le foie reste volumineux et proéminent à travers l'ouverture qui résulte de l'opération. Néanmoins, comme je ne trouve aucun diverticule conduisant dans le foie, je ne pense pas à la possibilité d'un abcès intra-hépatique. — L'opération faite dans d'aussi déplorables conditions fut suivie d'un insuccès prévu ; l'enfant succomba le lendemain dans la soirée.

AUTOPSIE. — Le foie, très volumineux, descend jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous du bord réséqué du thorax, c'est-à-dire qu'il occupe exactement tout le plan postérieur de la cavité de l'abcès. Cependant le péritoine de la paroi abdominale antérieure existe encore, bien qu'il soit très adhérent au foie, et difficile à détacher.

Au niveau du ligament suspenseur, des adhérences anciennes confondent intimement le foie, la paroi abdominale et la face inférieure du diaphragme.

La face supérieure du foie présente à l'extérieur deux bosselures grisâtres, dont la plus volumineuse répond dans presque toute son étendue à la face profonde de l'abcès ouvert, au niveau même de la portion réséquée du bord inférieur du thorax.

L'incision montre que ces bosselures représentent le relief, à la surface du foie, de deux énormes abcès

intra-hépatiques, dont l'un est divisé en deux compartiments par une cloison à peu près complète, de telle sorte qu'il y a en réalité trois cavités, ainsi que le montre la figure ci-jointe.

Ces cavités sont remplies d'un pus verdâtre, en partie caséeux.

Les ganglions du hile du foie et les ganglions duodénaux sont gros chacun comme une noix, et forment des masses volumineuses; plusieurs sont entièrement suppurés ou caséeux.

Comme autres lésions viscérales, il faut noter l'existence de deux petits tubercules caséeux au sommet du poumon droit.

OBSERVATION X

LANNELONGUE

Congrès de la Tuberculose 1888. Compte-Rendu, p. 207.

Suzanne M..., 2 ans, entre le 23 mai 1888 dans mon service, salle Giraldès. La mère de cette petite fille raconte qu'elle a commencé, il y a deux mois, à maigrir et à perdre l'appétit. Il a huit jours, elle a remarqué à l'épigastre l'existence d'une petite grosseur; celle-ci avait alors le volume d'une noix et a augmenté peu à peu.

Actuellement la petite malade est pâle, très amaigrée. La tumeur est du volume d'une mandarine; mais s'étend beaucoup plus à gauche qu'à droite. Elle siège immédiatement au-dessous du rebord des

fausses côtes. Étendue à sa base, rouge et tendue à son point culminant, elle est partout fluctuante.

Le rebord des fausses côtes gauches est déjeté en dehors ; il n'y a pas de ballonnement de l'abdomen.

Lorsque la petite fille crie, on sent manifestement une augmentation de tension de la poche, correspondant à l'effort respiratoire ; on la réduit légèrement pendant l'inspiration.

L'auscultation montre que la respiration est normale en avant comme en arrière ; les bruits du cœur sont réguliers.

OPÉRATION *le 26 mai*. — Une incision de cinq centimètres obliquement dirigée en bas et à gauche, est faite en pleine tumeur. Il s'écoule environ 50 grammes de liquide puriforme assez bien lié. On voit alors une cavité du volume d'une mandarine, s'étendant sous les fausses côtes, dont le rebord la surplombe et la ferme presque entièrement en avant. A chaque mouvement respiratoire, on observe au-dessous du rebord costal, le va-et-vient du pus et de l'air.

L'incision première est alors prolongée à gauche de quatre centimètres, le long du bord costal ; celui-ci est mis à découvert par sa surface externe et réséqué. Une partie des attaches du diaphragme est enlevée en même temps sans que le muscle se rétracte. On voit alors partout le fond de la cavité tapissée par une membrane tuberculeuse ; elle est profonde d'environ quatre à cinq centimètres. Elle a une paroi supérieure formée par le diaphragme, et une paroi profonde, qui, en bas, commence à la paroi abdominale, où elle se continue avec la surface de section du muscle grand droit, et qui devient en haut de plus en

plus profonde pour aller rejoindre l'extrémité la plus reculée de la paroi supérieure.

En un mot, elle a la direction oblique de la face supérieure du lobe gauche du foie, et d'ailleurs on sent à la palpation qu'on a bien sous le doigt cet organe, reconnaissable à sa fermeté spéciale. Toute la paroi est grattée avec la curette, explorée avec la sonde cannelée, et, nulle part, il ne semble exister d'orifice, ni de diverticule intra-hépatique. J'exerçais ensuite avec le doigt des pressions sur le foie, bientôt un second orifice apparut à trois centimètres en dedans du premier : l'un et l'autre conduisirent en plein foie, dans une cavité, celle-ci est ouverte au thermo-cautère et grattée avec la curette ; elle est du volume d'une petite noix, et séparée de la surface par une épaisseur de tissus hépatique d'un centimètre, dont on reconnaît facilement la surface de section,

Le quatrième jour de l'opération nous constatons les signes d'une pleurésie avec épanchement, et l'enfant succombait très rapidement.

AUTOPSIE. — On trouve un semis de granulations tuberculeuses milliaires, à la surface du péritoine pariétal, de la rate, de la face inférieure du foie. Le lobe gauche du foie se confond avec la face profonde de l'abcès sus-hépatique, une sonde cannelée introduite dans la plaie hépatique pénètre dans le lobe gauche et vient faire saillie à la face inférieure. L'abcès occupait donc toute l'épaisseur du lobe gauche du foie. Le reste de l'organe n'est pas très volumineux et ne présente pas de tubercules à la coupe.

La plèvre gauche renferme un épanchement fibrineux. Plusieurs tubercules caséeux existent dans le poumon correspondant.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Disons d'abord quelques mots sur l'étiologie de la tuberculose hépatique en général.

• La tuberculose du foie peut être *primitive* ou *secondaire*.

La tuberculose *primitive* est exceptionnelle, Gilbert l'a rencontrée une fois chez un supplicié.

La tuberculose *secondaire* peut succéder à toutes les localisations initiales de la tuberculose pulmonaire et pleurale, intestinale, péritonéale, génitale et urinaire, osseuse et articulaire. On a cru pendant longtemps que la tuberculisation secondaire du foie dans la phthisie était très rare. Ainsi Rilliet et Barthez sur 342 phthisiques ne trouvèrent que 71 fois des tubercules dans le foie, et encore Cruveilhier conteste la nature des lésions angiocholitiques de Rilliet et Barthez chez 14 sujets. Louis, d'après Lebert, sur 120 autopsies de phthisiques n'avait que deux fois noté la présence de tubercules dans le foie.

Thaon relève cette erreur, il met en lumière la fréquence de la tuberculose hépatique ; le micros-

cope à la main permet de distinguer les granulations tuberculeuses minuscules qui sont très fréquentes et existent huit fois sur dix chez les tuberculeux. Brissaud et Toupet en trouvèrent dans tous les cas. Si bien qu'actuellement on considère l'absence de tubercules dans le foie comme exceptionnelle.

Les gros tubercules, les abcès et les cavernes se rencontrent plus communément chez les enfants que chez les adultes et les vieillards. C'est pourquoi sans doute, Rilliet et Barthez, dont les statistiques visent des enfants, avaient plus de 22 fois sur 100 rencontré des lésions tuberculeuses du foie dans la phthisie, alors que Louis, qui observait des adultes et des vieillards, n'en avait pas noté plus de 2 fois sur 100.

Toutes les causes qui prédisposent à la tuberculose favorisent l'éclosion des abcès tuberculeux du foie : l'hérédité et la contagion tuberculeuses, les maladies, la mauvaise hygiène, la misère physiologique, une alimentation insuffisante, toute cause un mot qui met l'organisme en état de moindre résistance.

Deux malades avaient fait des excès d'alcool : l'un, le malade de Mackenzie, était un buveur de rhum ; l'autre, le n° 1, alcoolique avéré, portait les stigmates de son intoxication. Ne faut-il pas voir là un état d'infériorité de la cellule hépatique intoxiquée et mise en état de réceptivité.

L'abcès tuberculeux peut être la première et unique marque apparente de la tuberculose, mais c'est rare ; le plus souvent il survient chez des sujets en proie à d'autres manifestations tuberculeuses :

viscérales, ganglionnaires, osseuses, etc. Son point de départ peut être le tubercule milliaire du foie, les lésions tuberculeuses du péritoine, de la plèvre, du diaphragme, une ostéite des dernières côtes, la tuberculose des ganglions duodénaux et du hile du foie.

Quoi qu'il en soit, c'est une affection très rare surtout chez l'adulte et chez le vieillard ; les *jeunes enfants* y sont *plus sujets* ; sur les dix faits que nous rapportons, sept concernent des enfants âgés de sept, douze, treize, deux et quatre ans. Le sexe ne semble pas avoir une grande influence, sur douze cas nous trouvons sept femmes et cinq hommes.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE — FORMES CLINIQUES PRONOSTIC

On ne peut donner une description générale satisfaisante de la symptomatologie, tant les signes sont variables, diversement combinés, et sans valeur absolue.

L'évolution de l'abcès tuberculeux du foie s'accompagne d'un ensemble de symptômes plus ou moins nombreux, mais dont aucun n'a de caractère pathognomonique.

Toutefois, en relisant les Observations, on remarque deux phases assez nettes dans l'évolution de ces abcès :

1° Une phase silencieuse, caractérisée par de l'amaigrissement, perte d'appétit, et des troubles gastro-intestinaux; elle correspond en général à l'évolution de l'abcès intra-hépatique, ou à la formation de l'abcès périhépatique.

2° Une autre phase marquée par des signes plus spéciaux, plus caractéristiques, accompagnée de phénomènes plus bruyants, est créée par l'abcès périhépatique constitué, et par la périhépatite causée par cet abcès.

1^{re} PHASE : Ce sont les signes gastro-intestinaux qui dominent la scène. Ainsi nous voyons le n° 1 être en proie six mois avant son entrée à l'hôpital à une diarrhée tenace, entrecoupée à de rares intervalles de constipation ; à peine hospitalisé, des nausées et des vomissements se produisent, la diarrhée le poursuit, il s'amaigrit, pâlit et perd l'appétit.

Le n° 11 a une mauvaise santé depuis six semaines, il a perdu ses forces, il a des sueurs nocturnes, son ventre est dur et ballonné, des vomissements et de la diarrhée se produisent.

Le malade de Mackenzie et le n° ix commencent par maigrir, perdre l'appétit ; ils ont des frissons, de la fièvre, puis des vomissements qui empêchent même l'alimentation.

A quoi sont dus ces troubles gastro-intestinaux ? Faut-il voir là le retentissement par voie reflexe sur l'estomac de la lésion intra-hépatique ? Est-ce le syndrome gastrique de Marfan ? Cette dernière hypothèse est très admissible. Ces signes gastro-intestinaux sont assez constants, mais il faut bien avouer qu'ils ne sont guère susceptibles de mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

2^e PHASE : A la première période, presque toujours fruste et insidieuse, succèdent la périhépatite et l'abcès périhépatique dont les symptômes sont moins équivoques.

Deux symptômes surtout attirent et retiennent surtout l'attention : *la douleur de la région hépatique, et la voussure de cette région.*

a) *Douleur*. — La douleur n'est parfois décelée que par le médecin au moment de la palpation et de la percussion du foie.

D'autres fois la douleur est spontanée, le malade se plaint d'un point de côté au niveau de la région pulmonaire inférieure et hépatique (n° 1), ou bien d'une sensation de barre au milieu de la ceinture (n° 11). Dans d'autres cas, c'est le ventre tout entier qui est douloureux.

Cette douleur n'est pas lancinante en général; c'est une douleur sourde, persistante, sur laquelle le malade attire tous les jours l'attention.

b) *Tumeur*. — Cette tumeur siège tantôt sous le rebord costal, dans l'hypochondre droit, ou dans la région épigastrique; tantôt derrière la barrière thoracique, à la partie supérieure du foie, plus ou moins profondément sous le diaphragme.

Dans le premier cas, la collection purulente forme une saillie de grosseur variable, depuis le volume d'une noix, jusqu'à celui du poing, au niveau de la paroi abdominale. C'est une tuméfaction régulière, arrondie, pyriforme. La peau conserve sa coloration normale parcourue dans certains cas par un réseau veineux apparent, ou bien elle est rouge amincie, et indique les tendances de l'abcès à s'ouvrir à l'extérieur.

La fluctuation existe, mais souvent difficile à apprécier; dans certains cas, lorsque l'abcès est rempli de matières caséeuses, la fluctuation manque.

L'abcès n'est pas mobile sur le plan sous-jacent;

on le sent, au contraire, adhérent tout entier par sa base. La tumeur est mate et sa matité se continue avec celle du foie.

L'abcès peut quelquefois suivre les mouvements respiratoires, ainsi n° x : (Lorsque la petite fille crie, on sent manifestement une augmentation de tension de la poche correspondant à l'effort respiratoire, on la réduit légèrement pendant l'inspiration).

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'abcès est derrière la paroi costale, il y a voussure de la région thoracique, la partie inférieure du thorax est déjetée en dehors ; on sent mal ou pas du tout la fluctuation ; le foie est abaissé de deux à trois travers de doigt (Obs. II), quatre travers de doigt (Obs. IX). Toux, dyspnée et oppression par compression du poumon.

La tumeur est en général douloureuse à la pression, et quelquefois au point d'empêcher l'examen (o).

Il y a souvent coexistence de pleurésie diaphragmatique, qui se manifeste par la douleur, l'oppression, le point douloureux au niveau des insertions costales du diaphragme, et le point douloureux des phréniques entre les scalènes.

Parmi les autres signes, noter l'augmentation de volume du foie, le ventre douloureux, tendu, ballonné, la continuation de la diarrhée et des vomissements, la fièvre.

A côté de ces signes particuliers et qui seuls nous intéressent, il y a les symptômes produits par les autres localisations de la tuberculose, sur le poumon,

les ganglions, les organes génitaux urinaires et dont nous n'avons point à parler.

En résumé, la symptomatologie de l'abcès périhépatique se résume dans trois grands signes cardinaux. syndrome gastrique, douleur occasionnée par la péritonite périhépatique, et par la pleurésie diaphragmatique et enfin tumeur.

FORMES CLINIQUES

Etudions l'évolution clinique chez le vieillard, chez l'adulte, et chez l'enfant.

1° *Vieillard.* — Nous n'avons qu'une seule observation, et encore ne nous est-elle pas d'un grand secours pour tirer quelques conclusions sur la marche suivie par les lésions hépatiques. En effet, au moment où la malade, âgée de 75 ans, entre à l'hôpital, elle est à la dernière période de sa maladie, et son abattement est tel qu'elle ne peut fournir de renseignements sur l'histoire de sa maladie. Nous ignorons donc le début de son affection.

Les symptômes actuels sont ceux de la pyopérihépatite à la deuxième période : douleur dans l'hypochondre droit, sensation de barre à maximum au niveau de la région hépatique. — Pas de tumeur apparente, et ceci se comprend ; nous trouvons en effet à l'autopsie une collection purulente située à la partie supérieure du foie, au-dessous du diaphragme ; elle était donc bridée par la paroi thoracique et ne pouvait proéminer au dehors.

La mort est venue par cachexie tuberculeuse. Malgré ce peu de documents nous avons tout lieu de supposer que l'évolution clinique chez le vieillard offre beaucoup de rapports avec ce qui se passe chez l'adulte.

2° *Adulte*. — En relisant les observations des deux adultes, nous voyons, dans les deux cas, l'histoire clinique comprendre deux périodes distinctes.

Dans la première, nous n'avons que des symptômes gastro-intestinaux : troubles gastriques, diarrhée avec alternatives de constipation, amaigrissement notable. La durée de cette période varie suivant la rapidité avec laquelle marche la tuberculose des autres organes, et suivant le degré de généralisation de cette dernière. Elle correspond, au point de vue anatomo-pathologique, à la tuberculose intra-hépatique. Chez le n° 1, elle semble durer depuis le mois de novembre 1892 jusqu'au mois de juin 1893 époque à laquelle apparut le ballonnement du ventre. Chez le n° II les renseignements sont moins précis ; en tout cas elle semble avoir duré un temps bien moins considérable.

La seconde phase, caractérisée par la douleur et la tumeur, évolue beaucoup plus rapidement, surtout quand il y a tuberculose généralisée ; si elle reste localisée au foie, la guérison est possible à la suite d'une intervention chirurgicale.

3° *Enfant*. — Il semble y avoir aussi chez les enfants une première période de troubles gastro-intestinaux ; mais comme les malades sont toujours entrés à l'hô-

pital alors qu'ils présentaient le tableau clinique de la seconde phase, il est difficile de déterminer quelle physionomie présente la première.

La seconde période se termine bien entendu par la cachexie tuberculeuse et la mort, à moins de cas de tuberculose localisée et d'intervention chirurgicale.

TERMINAISON. « L'abcès périhépatique, s'il siège bas, peut s'ouvrir à la peau au-dessus du rebord costal. Mais cette ouverture ne peut pas être regardée comme un mode de guérison spontané ; le pus est évacué, mais il persiste la membrane tuberculogène, c'est-à-dire la partie la plus importante du foyer tuberculeux, celle qu'il faut supprimer entièrement, si on ne veut pas voir apparaître ou une récidive, ou une fistule intarrissable.

« L'abcès périhépatique siège-t-il plus haut, il peut (n° VIII) perforer le diaphragme, s'ouvrir dans les bronches et produire une vomique. Cette vomique produit généralement une amélioration mais momentanée ; dans l'observation on voit aussitôt la fièvre et la douleur reparaitre et l'état général s'aggraver ».

(Thèse Canniot 1891).

LE PRONOSTIC des abcès tuberculeux du foie est très grave ; la mort est l'issue fatale à moins qu'une intervention chirurgicale précoce n'arrête l'évolution de la tuberculose locale.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic à la période latente est, on peut le dire, impossible ; car dans combien d'affections variées, voit-on se produire le syndrome gastro-intestinal, tel que le donnent un certain nombre de nos observations ?

Tout au plus pourrait-il faire songer, comme le recommande Marfan, à une évolution tuberculeuse possible. Voici ce que dit Marfan : les tuberculoses à début dyspeptique présentent deux symptômes principaux : la toux d'abord qui se produit après l'ingestion des aliments, (toux gastrique), puis le vomissement qui survient après cette toux.

A la deuxième période, celle qui correspond à l'abcès périhépatique, une analyse serrée et méthodique des signes fournis par l'exploration physique, jointe aux renseignements donnés par l'anamnèse pourra faire reconnaître l'affection.

Mais il faut bien dire que, dans quelques circonstances, le diagnostic ne peut être établi ; un des signes indispensables pour le diagnostic, comme la douleur, ou la tuméfaction, peut manquer ; ou bien c'est une autre affection, la tuberculose pulmonaire par exemple, dont les signes s'imposent avec fracas, et font totalement négliger les signes fournis par la région hépatique.

Dans ces cas, et ils peuvent être fréquents, on comprend que l'abcès tuberculeux ne soit diagnostiqué qu'à l'autopsie.

Un élément important de diagnostic est le *résultat de la ponction exploratrice*, qui est souvent nécessaire pour juger de la nature de l'affection. Cette manœuvre opératoire faite avec prudence, méthode et propreté, est inoffensive, témoin le cas de M. Jacoud, où, après une douzaine de ponctions, l'autopsie montra le tissu du foie presque sans altération.

Disons maintenant quelques mots de diagnostic différentiel avec les grands abcès du foie, les abcès aréolaires, l'abcès du grand droit de l'abdomen, la péritonite tuberculeuse, les kystes hydatiques, la pleurésie diaphragmatique.

1° *Les grands abcès du foie.* — Le diagnostic de ces abcès se fait surtout par les renseignements étiologiques. On connaît la rareté de ces abcès dans les pays tempérés, leur fréquence dans les pays tropicaux. On sait également l'influence de la dysenterie et des affections paludéennes sur leur développement ; ainsi la proportion des abcès hépatiques chez les dysentériques est de un pour quatre environ.

Un foie gras, douloureux, une réaction fébrile en général intense, une adynamie rapide et profonde seront le complément des données étiologiques.

2. *Abcès aréolaires.* — Sur le cadavre le diagnostic est assez facile. L'abcès se forme en plein tissu hépatique, évolue du centre à la périphérie, en prenant la disposition générale des infractus, conique, à

sommet central, à base superficielle, étalée, presque circulaire, venant parfois saillir en hémisphère sous la capsule d'enveloppe.

La section montre l'abcès constitué, à la façon d'une éponge, par des aréoles d'inégale grandeur, communiquant pour la plupart largement entre elles, remplies de pus, tapissées par une membrane pyogénique. La disposition aréolaire si remarquable est commandée par la disposition même des canicules biliaires ou veineux du territoire envahi, après nécrose et désagrégation des cellules hépatiques.

Cliniquement, l'attention sera éveillée surtout par les caractères de la fièvre, fièvre intermittente hépatique de Monneret et Charcot, fièvre bilio-septique de Chauffard. Les types les plus fréquents de la fièvre sont : le *type éphémère*, violent accès fébrile avec les trois stades, frissons, chaleur et sueurs; le *type intermittent*, accès plus ou moins réguliers, revêtant la forme des accès palustres les plus francs, le *type rémittent*, se rapproche par sa courbe des fièvres de suppuration.

3. *Abcès du grand droit de l'abdomen*. — Leur forme allongée dans la direction du muscle, leur immobilité par rapport au foie pendant la respiration, leur mobilité transversale sont autant de signes différentiels.

4° *Péritonite tuberculeuse*. — L'absence de souplesse de la paroi abdominale qui ne se déplace plus sur les viscères, et présente un empâtement et une résistance caractéristique ; la sensation de masses dures, de gâteaux, formés par les adhérences et les

productions tuberculeuses ; une ligne de niveau non influencée par les changements de position du malade, dans le cas d'épanchement, la marche des phénomènes mettront sur la voie du diagnostic.

5° *Kyste hydatique.* — La confusion de l'abcès et du kyste est très difficile à éviter ; les symptômes de l'une de ces affections se rencontrent fréquemment dans l'autre ; le frémissement vibratoire lui-même, quand il est perçu, peut être confondu avec un frottement périhépatique. La longue évolution du kyste hydatique, les antécédents tuberculeux dans le cas d'abcès aideront à faire le diagnostic, mais celui-ci ne pourra guère être posé qu'après ponction exploratrice et constatation des crochets.

6° *Pleurésie diaphragmatique.* — Cette affection prête très facilement à l'erreur, outre qu'elle est une complication fréquente de l'abcès tuberculeux hépatique.

Les antécédents du malade, le point diaphragmatique moins fréquent et moins intense dans l'hépatite ; la direction des côtes attirées obliquement en bas et en dedans du côté malade dans la pleurésie, horizontales ou repoussées en avant, dans l'abcès ; l'étude soigneuse de la matité et des phénomènes d'auscultation fourniront les éléments de la différenciation.

Voici ce que dit Rendu, tome 1 de ses cliniques, p. 279, sur les caractères différentiels entre la pleurésie diaphragmatique, et la péritonite périhépatique. « Les difficultés du diagnostic sont grandes, car

l'appareil symptomatique est presque identique : résultat facile à comprendre d'ailleurs, puisque c'est le diaphragme qui est intéressé, quoique, à vrai dire, par son autre face. En pareil cas, les vomissements et le hoquet sont des symptômes qui peuvent aider au diagnostic ; assez rares dans le cours de la pleurésie diaphragmatique, ils sont relativement fréquents dans la péritonite sous-phrénique. Dans ces conditions complexes, il est indispensable de rechercher avec soin l'état du péritoine ; si le ventre est habituellement douloureux ou tympanisé, il est peu probable que la plèvre diaphragmatique soit en cause.

L'exploration attentive du ventre révèle parfois l'existence d'une péritonite tuberculeuse, ou de lésions viscérales ayant amené une inflammation plus ou moins circonscrite de la séreuse péritonéale.

Pour distinguer une collection purulente située au-dessus du diaphragme, d'une collection située au-dessous, Lannelongue insiste sur le signe suivant. S'il s'agit d'un abcès sous-diaphragmatique, la limite supérieure de la matité décrit une courbe à concavité dirigée en bas, suivant la forme du muscle ; dans l'épanchement pleural, au contraire, la courbe de matité présente une concavité qui regarde en haut vers le sommet du poumon.

Jaccoud, dans une clinique sur le faux pneumothorax, insiste sur un autre signe fourni par l'écoulement du liquide dans la ponction aspiratrice : « Si on pratique la ponction, on peut alors constater

un autre signe différentiel qui est le plus positif de tous. Comme le liquide qu'on évacue est sous le diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires sur la colonne fluide est précisément inverse de celle qui est exercée sur un liquide contenu dans la plèvre au-dessus du diaphragme. C'est Pfuhl qui a fait connaître ce phénomène ; chez une de ses malades il a pratiqué l'aspiration avec l'appareil Potain, muni d'un manomètre, et il a constaté que durant l'écoulement du liquide la colonne manométrique monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration ; le mouvement est contraire lorsqu'on évacue du liquide pleural.

« Plus tard Jaffé a montré qu'on peut utiliser ce phénomène pour le diagnostic sans recourir à un manomètre, et en considérant simplement les variations de rapidité que présente l'écoulement du liquide. Si l'écoulement est plus rapide pendant l'inspiration, le pus est au-dessous du diaphragme, dans le cas contraire il est au-dessus. Ce signe d'une valeur absolue ne permet qu'un diagnostic tardif, et n'est applicable qu'en cas de ponction. »

Nous ne ferons que signaler la confusion possible avec la dothiéntérie (cette erreur a été faite n° II) ; au bout de quelque temps la marche des phénomènes morbides doit permettre le diagnostic.

CHAPITRE V

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'ouverture de la cavité abdominale, ce qui frappe tout d'abord ce sont les adhérences périhépatiques nombreuses : adhérences entre le péritoine pariétal et la face convexe du foie ; on a souvent une peine extrême à détacher le foie de la paroi abdominale et du diaphragme ; adhérences entre la face inférieure du foie et le paquet intestinal, le duodenum surtout ; des brides partent de la vésicule biliaire et vont à la rate, à l'épiploon, à l'estomac. En un mot il existe de la péritonite périhépatique, le péritoine tant pariétal que viscéral est épaissi, souvent parsemé de tubercules miliaires. La capsule du foie est souvent, elle aussi, épaissie, parsemée de granulations jaunes plus ou moins volumineuses.

Mackenzie avait lui aussi remarqué chez son sujet « de petites masses jaunes, semées sur la capsule du foie et contenant une matière caséeuse enfermée dans une paroi de tissu conjonctif. »

Quel aspect présente le foie ?

Il est en général augmenté de volume, il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt dans un cas, de cinq travers de doigt dans un autre cas ; le foie du malade de Reverseau pèse 1496 grammes.

Tantôt assez ferme, foncé en couleur, d'aspect congestif, tantôt et plus souvent, mou, de teinte muscade ou jaunâtre, grassex. A la surface existent dans certains cas des dépressions plus ou moins étendues correspondant aux abcès périhépatiques ; ou des saillies quelquefois molles et fluctuantes produites par les abcès intra-hépatiques.

A la coupe le foie ferme et conjonctif crie sous le scalpel ; il n'est pas rare de rencontrer de-ci de-là des granulations tuberculeuses, des kystes biliaires et même des abcès intra-hépatiques. La couche sous-jacente aux abcès est souvent le siège d'une hépatite caséeuse très étendue en épaisseur ; mais laissons parler l'observation :

« Ce foyer purulent repose sur le foie ; à ce niveau,
« une coupe antéro-postérieure du foie montre une
« hépatite caséeuse du lobe droit, depuis le bord
« antérieur jusqu'au bord postérieur, et de la face
« convexe à la face concave. Cette zone d'hépatite,
« qui mesure de cinq à six centimètres de largeur en
« moyenne, consiste en une infiltration jaunâtre de
« tout le parenchyme, comparable au tissu d'infil-
« tration de la pneumonie caséeuse ».

Abcès

Ils sont périhépatiques, ou intra-hépatiques.

L'abcès périhépatique siège en général à la face supérieure du foie et du côté droit ; il est limité en haut par le diaphragme, en bas par le parenchyme hépatique ; à droite et à gauche, en avant et en arrière, des adhérences entre les insertions musculaires du diaphragme et la face antéro-supérieure du foie forment un véritable enkystement. D'autres fois, (Obs. de Mackenzie) il siège à la face inférieure du foie au voisinage de la vésicule biliaire.

Généralement volumineux et susceptible d'occuper la plus grande partie d'un lobe hépatique, il finit par déborder du foie et envahir ou bien le péritoine et la paroi abdominale, ou bien le diaphragme, la plèvre, et le poumon, dans quel cas il s'ouvre dans les bronches.

— Quel que soit le siège de ces abcès à la périphérie du foie, leurs rapports avec cet organe ne sont pas toujours immédiats ; paraissant reposer sur lui, ils en sont souvent séparés par une couche néoplastique de périhépatite plus ou moins prononcée.

Le volume de ces abcès varie depuis la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Quelquefois à l'autopsie, en ouvrant la cavité abdominale, on perfore ces abcès ; il s'en écoule alors un flot de pus grumeleux, verdâtre, fétide, évalué à un litre, à

trois quarts de litre chez les deux sujets de Monnier, à 300 grammes dans un autre cas.

Quelques abcès ne contiennent pas de pus mais une matière demi-solide, pultacée et caséeuse.

De la paroi profonde de l'abcès partent assez souvent un ou plusieurs diverticules communiquant avec un abcès intra-hépatique.

L'abcès intra-hépatique peut être multiple ; il peut atteindre le volume d'une grosse orange ; il est, lui aussi, rempli de pus mal lié, sa cavité peut être divisée en compartiments par des cloisons plus ou moins complètes.

Les abcès intra et périhépatiques peuvent être creusés dans une masse d'hépatite caséeuse ou délimités nettement par une membrane fongueuse.

D'après Gilbert on distingue deux couches dans la paroi des abcès : « L'interne, formée par de la matière tuberculeuse caséifiée, est en voie de désagrégation, et d'élimination ; l'externe, composée de matière tuberculeuse vivace ou du moins incomplètement caséifiée, est compacte et résistante ; au-delà se montre le tissu du foie dont les éléments sont parfois tassés. »

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Les coupes ont été prises dans le tissu environnant l'abcès. A un faible grossissement : la disposition normale des travées hépatiques peut être

conservée (Obs. II), ou bien modifiée plus ou moins profondément (Obs. I), parcourue par des tractus conjonctifs sans processus systématique.

A un fort grossissement, voici les lésions qu'on peut observer.

Les espaces portes sont altérés par le processus tuberculeux, des tractus conjonctifs épais, pénètrent, sans systématisation ; d'ailleurs, le lobule, c'est l'ébauche d'une cirrhose portale, toutefois ce ne sont pas ces lésions qui dominent.

Le processus de néoformation le plus répandu est la cellule embryonnaire, les espaces portes en sont farcis, elle forme des amas plus ou moins considérables, elle s'insinue le long des travées hépatiques, envahit les cellules et entoure les canalicules biliaires.

Canalicules biliaires. — Ils sont enserrés dans une gaine de cellules embryonnaires ; leur paroi épaissie, leur épithélium multiplié ou desquamé, leur lumière rétrécie, quelquefois obstruée par les cellules embryonnaires ; en d'autres points, le canalicule a disparu et le parenchyme hépatique n'existe plus, c'est le vide, une véritable caverne.

L'artère hépatique est moins altérée, sa paroi est épaissie, infiltrée aussi de cellules embryonnaires, mais la lumière n'est pas rétrécie.

Les veines portes sont peu lésées ; elles sont en certains points déformées, ratatinées, envahies par les cellules embryonnaires.

Cellules géantes. — Elles sont nombreuses, il en existe dans la plupart des espaces portes, et en plein centre hépatique.

La cellule hépatique ne paraît pas profondément atteinte, elle peut être déformée, mais on la reconnaît, et son noyau n'est pas altéré, toutefois dans certains lobules, nombreuses sont les cellules qui ont subi la dégénérescence graisseuse.

En résumé, le foie présente les lésions tuberculeuses à toutes les périodes de l'évolution tuberculeuse : stade de cellules embryonnaires, stade de nodules tuberculeux avec cellules géantes, stade de destruction, de ramollissement, de caverne.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

Le bacille de Koch a été constaté dans le pus des abcès et dans le tissu qui entoure ces abcès.

Gilbert les a constatés dans les tubercules à développement rapide où manquent les cellules géantes. « Ils sont rares au centre des tubercules et dans les parties caséifiées. Ils se montrent innombrables à la périphérie et dans les parties jeunes et vivaces. Ils font souvent défaut dans les tubercules crétaçés et fibreux, dans la paroi des cavernes de guérison, dans la membrane limitante des abcès. Ils occupent fréquemment les cellules géantes, un ou deux par cellules. » (GILBERT, *Presse*, 6 avril 1898).

Les bacilles de Koch sont difficiles à déceler, il faut souvent faire de nombreuses coupes avant d'arriver à en voir un seul.

II. — PATHOGÉNIE

L'origine première de ces abcès tuberculeux hépatiques est la pénétration et le développement du bacille de Koch dans le foie. D'où vient-il ? Ou bien de lésions tuberculeuses voisines ; pulmonaire, intestinale, ganglionnaire, osseuse, péritonéale, etc., ou bien le foie est la localisation primitive du bacille.

Pourquoi vient-il se fixer dans le foie ? Ce peut être par propagation directe d'une lésion tuberculeuse adjacente, ou bien le bacille de Koch trouve là un terrain préparé par l'alcoolisme, l'hygiène et l'alimentation mauvaises.

Quelle voie suit le bacille pour pénétrer dans le foie ? Les voies d'infection paraissent être la veine porte, l'artère hépatique et les vaisseaux lymphatiques.

La *veine porte* est la voie la plus fréquemment suivie ; c'est par cette voie que pénètrent dans le foie les bacilles venus de l'intestin.

Gilbert et Lion (Soc. Biol. 3 nov. 1888), en injectant des cultures de bacilles de la tuberculose dans les veines mésentériques, ont vu les tubercules se montrer sur le trajet des capillaires péri-portaux.

L'*artère hépatique* est une voie moins suivie, c'est elle qui doit suivre le bacille dans la granulie avec follicules tuberculeux du foie.

C'est par *la voie lymphatique* que pénètre le bacille dans les cas de péritonite tuberculeuse ; on trouve des tubercules sur le trajet des lymphatiques, le long des prolongements de la capsule de Glisson, le long des veines portées et des veines sus-hépatiques.

Wagner, après examen de trente-quatre cas de tuberculose hépatique admettait que les tubercules naissent dans les mailles des cellules hépatiques, il note à l'appui de cette opinion leur situation au milieu des travées et dans l'intérieur du lobule.

Klebs pensait qu'ils se développent dans la zone moyenne du lobule où leurs éléments générateurs sont apportés par le sang.

Schuppel attribuait la tuberculose hépatique à une embolie dans l'intérieur des vaisseaux sanguins.

Brissaud et Toupet admettaient dans la localisation des tubercules une forme disséminée, une forme à localisation périportale et une forme à dissémination le long du tissu glissonnien des vaisseaux portes.

Dallemagne fait débiter le nodule dans l'intérieur du lobule hépatique, et pense que les bacilles sont amenés par les branches de l'artère hépatique.

Maintenant que nous savons quelle est la porte d'entrée du bacille de Koch, voyons comment va se développer l'abcès. Citons à ce sujet Gilbert (*Presse*, 6 avril 1898).

« L'étude des faits établit que les cavernes tuberculeuses résultent de l'évolution de tubercules qui, nés dans la paroi conjonctive des canaux biliaires amènent ultérieurement la chute de leur épithélium.

et s'excavent en déversant dans la bile leurs parties nécrosées. Elles s'agrandissent généralement par la progression centrifuge de leur zone active et ne sont pas incapables, à la façon des cavernes pulmonaires, de guérir, c'est-à-dire de subir la transformation fibreuse. »

Quant aux abcès périhépatiques Lannelongue explique ainsi leur développement (Congrès de Tub. 1888).

« Le processus tuberculeux, parvenu à la surface du foie, s'entoure d'une couche néoplastique péritonéale qui détermine des adhérences entre le foie et la paroi abdominale ; dans cette couche de péritonite adhésive, les fongosités tuberculeuses s'étalent bientôt en membrane d'abcès tuberculeux ; celle-ci isole définitivement l'abcès, elle renferme le pus qui ne sera plus déversé désormais dans la grande cavité du péritoine. L'abcès repose ainsi sur le foie qui a été son point de départ, et il peut dès lors se développer plus ou moins loin de son origine. Le plus souvent la membrane tuberculogène envahit la paroi abdominale sous le rebord costal, et de là, tantôt l'abcès descend dans l'épigastre ou dans les flancs, tantôt il remonte sous la concavité du diaphragme plus ou moins haut et en arrière. »

En résumé, l'abcès intra-hépatique est dû en général au ramollissement et à la fonte d'un gros tubercule, ou bien au développement d'une caverne biliaire. L'abcès périhépatique a pour origine un tubercule superficiel ou bien un prolongement d'un foyer purulent intra-hépatique.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement doit être médical et chirurgical ; toutefois la médication interne n'est qu'adjuvante, le traitement chirurgical seul est efficace.

Les abcès tuberculeux du foie, dit Lannelongue, (*Communication à l'Académie des Sc., 31 mai 1887*), ont une modalité anatomique comportant une intervention chirurgicale qui permet d'obtenir leur guérison dans bon nombre de cas ; j'ai opéré sept abcès périhépatiques par incision et râclage, et ai obtenu quatre guérisons et trois insuccès.

La première intervention doit être une ponction aspiratrice suivie de lavages antiseptiques, avec solution iodée, picriquée, iodoformée, au chlorure de zinc, etc.

En cas d'insuccès, laparotomie ; ici deux cas : ou bien le fond de l'abcès se déterge et se décortique facilement, faites des lavages antiseptiques et bornez-vous là, puis drainez et pansez. Ou bien le fond de l'abcès est anfractueux, des diverticules s'étendent

assez haut sous le diaphragme, aussitôt l'abcès ouvert, l'air pénètre dans ces anfractuosités à chaque mouvement respiratoire, de là, source nouvelle d'accidents de septicémie, alors que la résection du bord inférieur du thorax s'impose.

Voici le manuel opératoire indiqué par Lannelongue (*Congrès Français de Chirurgie, 13 mars 1888*).

« Je prends le cas qui paraît le plus commun d'un abcès sushépatique, du côté droit : abcès enkysté entre le thorax et le foie, adhérent à la paroi du thorax et à la face convexe du foie.

« Après ponction, ou même dans cette exploration, faire sur le rebord costal une incision de huit à dix centimètres qui ouvre la poche à sa limite inférieure. Une incision moins longue, perpendiculaire à la précédente, permet de tracer et de disséquer deux lambeaux qui comprennent la peau et les muscles superficiels du thorax recouvrant les côtes et les cartilages costaux ; il ne reste plus qu'à réséquer le bord inférieur du thorax et la paroi costale adjacente.

« Une première section sera pratiquée sur la paroi en avant, partant du bord inférieur et allant obliquement en haut, et plus ou moins en dehors ou en arrière ; cette section comprendra le cartilage de fusion des premières fausses côtes, celui de la 7^e qui les reçoit, et suivant le besoin la 6^e côte ou son cartilage. On procédera de la même manière en arrière, c'est-à-dire qu'on coupera à partir du bord inférieur de bas en haut, et plus ou moins d'arrière en avant,

le cartilage de fusion et les 7^e et 6^e côtes. Cette dernière section et la précédente doivent se rencontrer en un point commun en haut. On enlève du thorax un triangle ou un trapèze dont la base ou grand côté est le bord inférieur du thorax, tandis que le sommet ou petit côté est en haut ; on pourra suivant les cas modifier et la direction et l'étendue de la résection ; très souvent même on pourra se contenter d'une minime ablation.

« Le but opératoire étant de détruire la continuité du bord inférieur du thorax, et de faire une perte de substance de la paroi thoracique, y compris le bord inférieur, on enlève tout d'une pièce un segment du thorax plus ou moins étendu ; il n'y a pas lieu de décoller le périoste costal et d'isoler les côtes, comme on fait dans l'opération d'Estlander ; on supprime en effet côtes et espaces intercostaux. La formule opératoire peut être exprimée ainsi : *Résection d'un segment thoracique triangulaire ou trapézoïde dont le bord inférieur est la base ou le grand côté.*

« Le foie recouvert de quelques exsudats vient se mettre presque de niveau avec la paroi. C'est là l'avantage le plus considérable qu'il convient de mettre en évidence tout d'abord, à savoir le fond de la poche transformé en surface exposée, en plaie superficielle. Cette surface peut ne pas présenter de diverticules ; s'il en existait, il serait facile de les ouvrir. Donc, aucun liquide ne s'accumule dans ce foyer et l'antisepsie y est simple.

« Jusqu'ici les exemples ne permettent pas de

savoir quelle sera l'influence de ce défaut d'une portion du bord inférieur du thorax pour l'avenir des sujets. A priori on n'y voit pas d'inconvénient majeur ; incontestablement, le foie sera moins protégé de ce côté, et il sera adhérent à la cicatrice, mais il me semble que cet inconvénient réel ne saurait être mis en balance avec la gravité de l'affection elle-même ».

Lannelongue a pratiqué quatre fois la résection du bord inférieur du thorax : une seule guérison ; chez les trois sujets ayant succombé, n^{os} VII, IX, X, l'abcès était compliqué de foyers tuberculeux hépatiques très étendus, de plus deux des malades les n^{os} IX et X étaient dans un état désespéré quand l'opération a été faite ; le 3^e est mort plus de deux mois après de complications pleuro-pulmonaires.

Un mot seulement du traitement médical. L'huile de foie de morue, le cacodylate de soude, la créosote, une alimentation sérieusement reconstituante, seront la base du traitement qui n'est pas autre en somme que celui de la tuberculose en général.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès tuberculeux du foie sont des affections très rares chez l'enfant, exceptionnelles chez l'adulte et le vieillard.

II. — L'abcès tuberculeux intra ou périhépatique reconnaît pour causes :

(a) Toutes les causes de la tuberculose en général.

(b) La propagation de lésions tuberculeuses du voisinage : pleurale et pulmonaire, péritonéale, ganglionnaire, osseuse.

III. — La symptomatologie comprend deux périodes cliniques :

Une 1^{re} période fruste, silencieuse, caractérisée par des troubles gastro-intestinaux correspond à la phase intra-hépatique de l'abcès.

Une 2^e période caractérisée par deux symptômes importants, la douleur et la tumeur, correspond à la phase périhépatique de l'abcès.

IV. — On peut distinguer trois formes cliniques : forme du vieillard, de l'adulte et de l'enfant.

V. — La marche de cette affection est très rapide, surtout lorsqu'elle évolue en même temps que d'autres lésions tuberculeuses.

VI. — Le diagnostic est, à la première-période, pour ainsi dire, impossible. A la seconde période, il

est souvent très difficile de faire le diagnostic différentiel avec le kyste hydatique, la pleurésie diaphragmatique.

La ponction exploratrice seule, suivie de l'examen bactériologique, donne un diagnostic certain.

VI. — La fonte d'un gros tubercule intra-hépatique, ou une volumineuse caverne biliaire donneront naissance à l'abcès intra-hépatique.

L'abcès périhépatique est dû à un prolongement de l'abcès intra-hépatique, ou bien à un tubercule périhépatique provoquant autour de lui un processus de péritonite adhésive.

VIII. — Le pronostic est très grave ; on peut même dire toujours fatal, à moins qu'une opération précoce n'enlève ce foyer tuberculeux.

IX. — Le traitement doit être *médical* c'est celui de la tuberculose, et *chirurgical*. Ce dernier qui constitue le seul traitement curatif doit être précoce. Il comprend soit l'incision simple avec décortication des parois du foyer tuberculeux, soit la résection du bord inférieur du thorax jusqu'à la 7^e ou 6^e côte.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BRISSAUD ET TOUPET. — Etudes sur la Tuberculose, 1887, 1^{er} fascicule, p. 98.

BERRIER. — Traité Mal. des Enf. Tome II, p. 218.

BOULLAND. — Th. de Paris, 1885: De la Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte, au point de vue du pronostic et du traitement.

CADET DE GASSICOURT. — Bulletin et Mémoire de la Société Médicale.

CANNIOT. — Th. Paris, 1890-91: De la Résection du bord inférieur du thorax.

DALLEMAGNE. — Foie des tuberculeux. Paris, 1889.

DESCHAMPS. — Th. Paris, 1886: De la Péritonite enkystée.

DOMINICI. — Angiocholite Th. Paris, 1894, p. 112.

GUENEAU DE MUSSY. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, Tome I, p. 644.

JACCOUD. — Cliniques de la Pitié, 1883-84, p. 219 à 237.

HUTINEL. — De l'Hépatite tuberculeuse chez les enfants: Bulletin Médical, 29 Décembre 1889.

GILBERT. — Presse du 6 avril 1898. Note sur les Abscessus Tuberculeux expérimentaux du foie: Congrès de la Tuberculose de 1893, p. 434.

GILBERT ET CLAUDE. — Soc. Biol. 21 Décembre 1895 et 16 mai 1896.

GILBERT ET GIRODE. — Note sur l'Histogénèse du tubercule hépatique expérimental; Congrès de la Tuberculose, 1891, p. 612.

LANGENBUCH. — Berliner Klinische Wochenschrift.
mai 1892.

LANNELONGUE. — Bulletin de l'Académie des Sciences, 31 mai 1887. — Congrès de la Tuberculose, 1888.
— Congrès Français de Chirurgie, 1888.

LOUIS. — Recherches anatomico-pathologiques sur
la Phthisie, p. 118.

MARFAN. — Troubles et Lésions gastriques dans la
Phthisie-pulmonaire, 1886-87.

MACKENZIE. — T. Path. Soc. London, 1889-90.

PILLIET. — Th. Paris, 1891.

RENDU. — Leçons de Clinique Médicale, Tome I.

REVERSEAU. — Th. Paris, 1895. Contribution à
l'Étude des Pyopérihépatites tuberculeuses.

RILLIET ET BARTHEZ. — Traité des Mal. des Enfants,
T. III.

SABOURIN. — Le Foie des Tuberculeux. Arch. phys.
norm. et path., 1893.

LOUIS TUBLET. — Tuberculose des voies biliaires,
Paris, 1872.



